Tom VI. Rok 1914. Zeszyt II

PRZEGLĄD PEDYATRYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK
Redaktorzy: D-r L. ANDERS i D-r J. BRUDZIŃSKI
Wydawca: D-r T. KOPEĆ

Adres Redakcyi Włodzimierska 9. Adres Administracyi Koszykowa 45.

TREŚĆ:

REVUE DE PÉDIATRIE

JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS
paraissant à Varsovie sous la rédaction
des D-rs L. ANDERS et J. BRUDZIŃSKI.
Administration du journal: Varsovie, 45 rue Koszykowa, D-r T. KOPEĆ.

SOMMAIRE DU № 2 — TOME VI

WARUNKI PRENUMERATY:

Rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3.

Z przesyłką pocztową:

Rocznie rb 7, półrocznie rb. 3 kop. 50.

Cena zeszytu pojedyńczego rb. 1 kop. 25.

Autorzy artykułów oryginalnych otrzymują 30 odbitek.

CENA OGŁOSZEŃ za wiersz petytowy lub jego miejsce:

pomiędzy tekstem i na okładce, str. 2, 3, 4-ta po kop. 40,

na stronicach dodanych za tekstem po kop. 30.

UWAGA: Stronica zawiera 60 wierszy petytowych, najmniejsze ogłoszenie 10 wierszy.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya „Przeglądu Pedyatrycznego“.
Warszawa, Koszykowa 45 m. 5. Telefon 78-90.

Administracja Przeglądu Pedyatrycznego

pozwoliła sobie rozesłać dwa pierwsze zeszyty tegoroczne wszystkim dotychczasowym prenumeratorom swoim w nadziei, że one same przemówią za siebie i usprawiedliwią zmianę warunków prenumeraty, która wynosi obecnie rb. 6 w Warszawie, z przesyłką pocztową rb. 7 rocznie.

Zwracając raz jeszcze uwagę Szanownych odbiorców naszych na ulepszenie okładki i wydawnictwa wogóle oraz na powiększenie zeszytów z czterech do sześciu arkuszy druku, upraszamy niniejszym o nadsyłanie przedpłaty w stosunku wyżej wskazanym, zaś nie życzących sobie nadal pisma odbierać, których mamy nadzieję znajdzie się nie wielu, prosimy o łaskawe odwołanie prenumeraty, a to w celu zaoszczędzenia wydawnictwu kosztów zbytecznych.

Szpital im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie.

(Urządzenia i zarządzenia, związane z zapobieganiem chorobom zakaźnym).

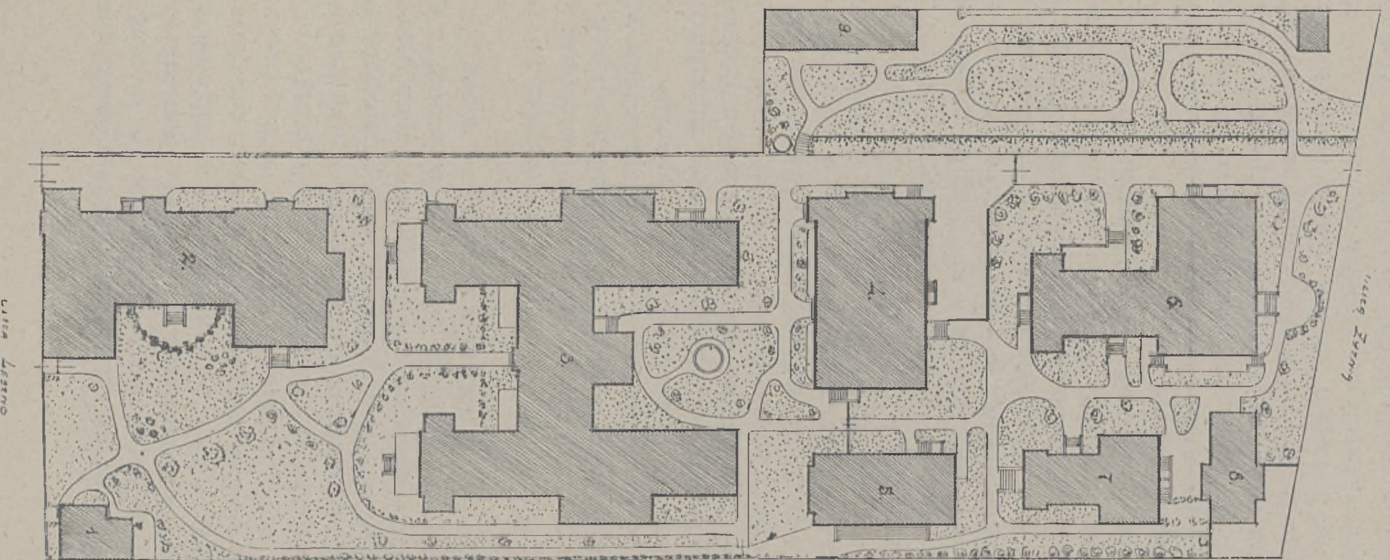
Podał

Dr J. Brudziński

lekarz naczelny szpitala.

Przy budowie nowego szpitala dziecięcego najtrudniejszem do rozwiązania zadaniem jest takie rozmieszczenie pawilonów i sal szpitalnych, aby uniemożliwić, a przynajmniej do minimum sprowadzić zakażenia szpitalne w myśl zasady — „primum non nocere". Wobec nieustalonych i niejednolitych poglądów w nauce na szerzenie się chorób zakaźnych, zwłaszcza tych, których zarazków dotąd nie znamy, a więc większości ostrych chorób wysypkowych u dzieci, różne systemy bywają stosowane w budownictwie szpitali dziecięcych: a) System odosobnienia indywidualnego w szpitalach najnowszych francuskich, zmierzający do umieszczania każdego chorego w oddzielnej celce, otwartej ku górze, na wspólnych salach (Hôpital Herold np. w Paryżu) lub w celkach oszklonych całkowicie zamkniętych (chambre-box —Hôpital Pasteur w Paryżu); b) System odosobnienia każdej choroby zakaźnej i różnych kombinacyi chorób zakaźnych w oddzielnych pawilonach (większość nowszych szpitali dziecięcych w Niemczech i w Austryi, jako ostatnie słowo tego systemu — Szpital jubileuszowy w Wiedniu Wilhelminy). Każdy z tych systemów zdąża do ograniczenia szkód, wyrządzanych przez zawleczenie na oddziały niezakaźne

przypadków choroby zakaźnej lub na oddziały zakaźne przypadków choroby zakaźnej innej kategoryi; sprawozdania ze szpitali, urządzonych tym lub innym sposobem, głoszą jednak najczęściej ogólnikowe pochwały dla swego systemu lub też podają w odsetkach ilość zakażeń wewnątrzszpitalnych, szczegółowych wykazów zakażeń tych prawie że nie spotykamy, a przecież tylko w ten sposób możnaby wyrobić sobie zdanie co do wartości danego systemu. Sprawa ta wogóle jest niezmiernie trudną, gdyż niekiedy przy złym względnie systemie budowy szpitala a sprężystej organizacyi lekarskiej i wysokim poziomie pielęgniarstwa ilość zakażeń bywa mniejsza, niż przy lepszym systemie budowy. Projektując nowy szpital, walczyć musiałem z różnemi wątpliwościami, nim zdecydowałem się na nakreślenie idei ogólnej urządzenia szpitala. Wielką pomocą w tej pracy było mi doświadczenie, zdobyte przez urządzenie i prowadzenie kilkoletnie szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi, urządzonego systemem izolacyi pawilonowej chorób zakaźnych ze stacyą obserwacyjną dla przypadków jeszcze niewyświetlonych. W szpitalu tym, pomimo iż urządzenie stacyi obserwacyjnej nie odpowiadało ostatnim wymaganiom izolacyi ściśle indywidualnej, pomimo iż w urządzeniu ambulatoryum były takie wady — jak wspólny korytarz zarówno do separatek infekcyjnych, jak i do pokojów ordynacyjnych niezakaźnych, a co najgłówniejsze—jedno jedyne wejście i wyjście z ambulatoryum dla wszystkich chorych, pomimo to wszystko zakażenia wewnątrzszpitalne, których regestracyę nader ściśle prowadzono, były rzadkie i nader łatwo dawały się opanowywać. Doświadczenie to jednak wykazało konieczność urządzenia izolacyi osobniczej w pawilonach dla danej choroby zakaźnej, takiejże izolacyi na oddziałach niezakaźnych. W projekcie też szpitala im. Karola i Maryi pozostawiłem system pawilonowy, wprowadziłem jednak system izolacyi indywidualnej do systemu pawilonowego, urządzając boksycelki zarówno w pawilonach zakaźnych, jak i na oddziałach niezakaźnych, a już zupełnie systemem naściślejszej izolacyi indywidualnej zaprojektowałem pawilon obserwacyjny; myśl izolacyi indywidualnej przyświecała mi również nader żywo przy projektowaniu urządzeń ambulatoryum, jak nie mniej w naszkicowaniu planu sytuacyjnego, czyli rozmieszczeniu



Rys 1. 1—portyernia i mieszkanie III interna, 2—ambulatoryum i administracya, 3—pawilon główny (oddz. chor. wewn., oddział chirurg., laboratoryum centralne), 4—pawilon gospodarczy (kuchnia pralnia, kotłownia, mieszkania personelu), 5—pawilon obserwacyjny, 6—pawilon szkarlatynowy, 7—pawilon błoniczy (zapasowy), 8—dezynfekcya, sala sekcyjna, kapliczka przedpogrzebowa. 9—mieszkania stróżów, salka operacyjna doświadczalna, królikarnia.

pawilonów szpitalnych na placu, co również dla życia szpitalnego i unikania zakażeń ma doniosłe znaczenie.

Teoretyczne postulaty zostały nader umiejętnie rozstrzygnięte w projektowaniu technicznem i urzeczywistnione w budowie przez archiktekta p. Czesława Domaniewskiego, przy stałym współudziale fundatorki szpitala p. Zofii Szlenkerówny i d-ra Wacława Łapińskiego w zakresie pomieszczeń i urządzeń operacyjnych.

Podany plan sytuacyjny (rys. 1) wykazuje: a) odsunięcie ambulatoryum od innych pawilonów szpitalnych, umieszczenie tuż przy ulicy Leszno, b) umieszczenie gmachu gospodarczego na granicy części niezakaźnej i części zakaźnej szpitala, również na granicy umieszczono pawilon obserwacyjny, na samym końcu już przy ul. Żytniej umieszczono pawilon szkarlatynowy, który zarówno, jak ambulatoryum, ma dostęp wprost z ulicy. Dostęp z ulicy Żytniej ma również kapliczka przedpogrzebowa. System dróg, łączących pawilony, obmyślano przezornie, również w celu unikania krzyżowania się dróg, prowadzących do pawilonów zakaźnych i niezakaźnych, i spotykania się osób, krążących pomiędzy pawilonami. Środkowe położenie gmachu gospodarczego umożliwiło dostęp od strony pawilonów zakaźnych do zupełnie oddzielnego wejścia po jedzenie i bieliznę.

Przez odpowiednie urządzenie dróg stało się możliwem i łatwem skierowywanie podług z góry obmyślanego planu rodziców i odwiedzających do różnych pawilonów bez spotykania się wzajemnego i snucia się po terytoryum szpitalnem.

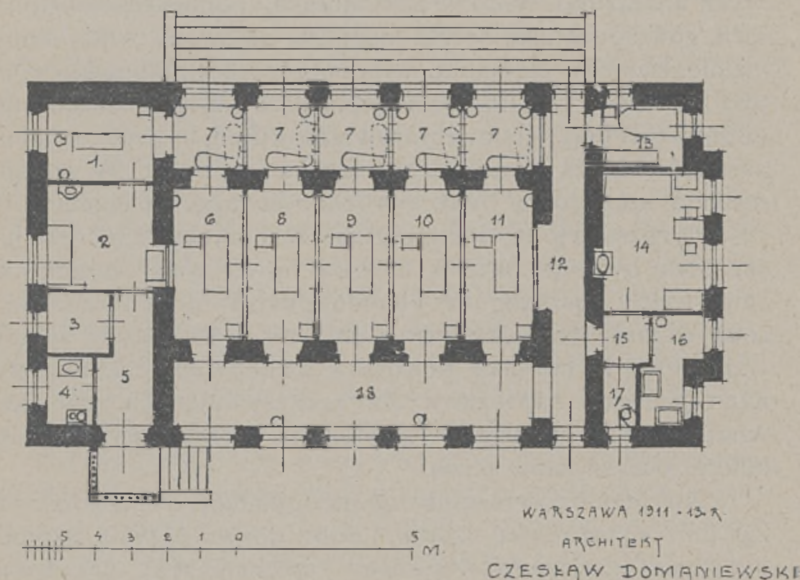
I n f e k c y e w e w n ą t r z s z p i t a l n e mogą być zawlekane do szpitala z różnych źródeł: 1) przynoszą je sami chorzy, znajdujący się w okresie wylęgania chorób zakaźnych po zarażeniu się: a) w domu; b) w ambulatoryum szpitalnem; 2) przenosić mogą choroby zakaźne osoby trzecie — odwiedzająca rodzina, osoby z personelu szpitalnego; 3) powstawać mogą infekcye przez przedmioty, nawet przez zakażenie samych pomieszczeń (pył pomieszczeń, zbieranie się kurzu na ścianach i t. d.). To ostatnie źródło jest stosunkowo najrzadszem, i przypuszczać można jego istnienie tylko po wykluczeniu źródeł innych. Dla uniknięcia możliwości infekcyi z tego źródła w urządzeniu szpitala dbać należy

o możliwie równą powierzchnię ścian i sufitów, unikanie wszelkich kątów, występów; w szpitalu im. Karola i Maryi zostało to bardzo ściśle uwzględnione, za wyjątkiem olejnego malowania ścian, które w pierwszych latach po budowie nie powinno być dokonywane, to też uczyniono to tylko w pomieszczeniach operacyjnych. Jako posadzkę wybrano na salach — podkład cementbetonowy wyrównany, pokryty linoleum 4 mm. grubości — posadzka taka nie jest zimną i dokładnie daje się zmywać. Posadzkę z płytek terrakotowych urządzono tylko w korytarzach, pomieszczeniach takich, gdzie posadzka często musi być zalewana wodą (zmywalnie, łazienki, kuchenki, sale operacyjne), lub gdzie ruch jest tak duży, że linoleum zaprędkoby uległo zniszczeniu (ambulatoryum). Jako zbiorowisko kurzu, a więc i osadnik zarazków służą źle urządzone kaloryfery. W szpitalu naszym szczególną na to zwrócono uwagę. Elementy pieców są rozstawione dostatecznie szeroko, tak aby ręka lub szczotka owinięta mokrą ścierką łatwo wejść mogła, tak samo każdy poszczególny element posiada dostatecznie szeroką szparę, cały piec odsunięty jest o 10 cm. od ściany. wzniesiony 15 cm. nad posadzką, umocowany na kroksztynach gładkich saneczkowych, podtrzymujących piec zzewnątrz — całe urządzenie umożliwia jednem słowem dokładne oczyszczanie pieca.

Zwrócono również uwagę na dokładną wentylacyę. Zgodnie z poglądami ostatniej doby doświadczenia szpitalnego, nie urządzano wentylacyi mechanicznej, urządzono tylko kanały wyciągowe, zakrywane żaluzyą żelazną, dopływ zaś powietrza normować się będzie otwieraniem okien Górne okna zaopatrzono w zatrzaski, tak, że każde okno łatwo daje się kijem otworzyć, a oprócz tego w każdem pomieszczeniu szpitalnem przy części okien dano specyalnego typu urządzenia, które umożliwiają otwieranie okien górnych w sposób nader łatwy przez podniesienie tylko przekładni. W salach chorych urządzenia te dano po jednej stronie sali. Wogóle, przewietrzanie projektuje się długotrwałe ale łagodne, co umożliwiają w zupełności wzmiankowane urządzenia, dopuszczające odchylenie dowolne górnego okna. Wytwarzanie silniejszych prądów powietrza na salach jest niepożądane ze względu na unoszenie się wraz

z pyłem zarazków, które normalnie wraz z pyłem opadają na posadzkę i stamtąd łatwiej dają się mechanicznie usunąć.

Z innych źródeł najniebezpieczniejszem są sami chorzy, znajdujący się w okresie wylęgania choroby zakaźnej. Dla zabezpieczenia się od szerzenia się zakażenia z tego źródła przy najmniejszem podejrzeniu umieszczać należy chorych takich w pawilonie obserwacyjnym, aż do czasu wyświetlenia się sprawy. W tym celu urządzono pawilon obserwacyjny systemem izolacyi osobniczej ścisłej (rys. 2).



Rys. 2. 1—salka operacyjna, 2—pokój lekarski i sterylizacya, 3—brudna bielizna, 4—kuchenka podręczna, 5—korytarz boczny, 6 do 11—separatki dla chorych, 7—przedsionki ogrzane do separatek z wannami, 12—korytarz boczny, 13—łazienka dla pielęgniarki, 14—pokój dla pielęgniarki, 15—przejście, 16—brudownik, 17-klozet, 18—korytarz czysty główny.

Pawilon składa się z 5 oszklonych salek, do każdej z nich prowadzi przedsionek, w którym stoi wanienka — wejście do przedsionka wprost zzewnątrz—tak że chorego wprowadza się i wyprowadza z pawilonu bez najmniejszego zetknięcia się z innymi chorymi, nawet przez powietrze jakiegoś wspólnego korytarza. Przedsionki połączone są drzwiami, które normalnie będą zamykane, otwierane tylko w wyjątko-

wych wypadkach, gdy w obu salkach będą infekcye jednorodne z rzędu takich, dla których nie będzie oddziału w szpitalu (odra, koklusz, ospa wietrzna), a które wybuchną z jakiegoś zawleczonego źródła wśród chorych szpitalnych i zamienią na pewien czas część stacyi obserwacyjnej na oddział zakaźny zapasowy.

Personel lekarski i pielęgniarski wchodzi do oddzielnych salek na stacyi obserwacyjnej z t. zw. czystego korytarza, biegnącego wzdłuż budynku od strony zachodniej po koików (przedsionki od strony wschodniej). Po wejściu do każdego pokoiku, lekarz i pielęgniarka kładą wiszące tam fartuchy i zostawiają je wychodząc. W każdej separatce urządzono małą umywalkę, jako źródło wody dla danego chorego i do mycia rąk personelu. Na korytarzu czystym urządzono zbiornik z płynem dezynfekcyjnym, dla dokładnego zdezynfekowania rąk po wyjściu z separatki. Pawilon posiada małą salkę operacyjną, przytykającą do pokoju lekarskiego od strony północnej budynku, na wypadek konieczności wykonania jakich zabiegów u chorych, umieszczonych w pawilonie, czy to takich, u których powikłanie nastąpiło podczas pobytu, czy też przyjętych specyalnie z cierpieniem, wymagającem zabiegu operacyjnego, a dotkniętych jednocześnie chorobą zakaźną, dla której niema w szpitalu odpowiedniego oddziału (odra, ospa wietrzna, koklusz); chorych takich umieszczać się będzie w separatce ostatniej ku północy, przytykającej przedsionkiem bezpośrednio do salki operacyjnej i separatkę tę zawsze na ten cel, o ile można, rezerwować należy. Chory, umieszczony na stacyi obserwacyjnej, przebywa do chwili wyjaśnienia się jego cierpienia; o ile wyjaśnia się stan w kierunku płonicy czy błonicy, przenosi się chorego na oddział odpowiedni: o ile występuje odra, ospa wietrzna, pozostawia się nadal w pawilonie; o ile ospa naturalna, odsyła się do baraku ospowego miejskiego. O ile po paru dniach pobytu stan wyjaśnia się, jako choroba niezakaźna, chorego przenosi się na oddział wewnętrzny lub wypisuje się do domu. Nie zawsze jednak sprawa załatwia się tak gładko—błąd popełnić można przez zbyt pośpieszne przeniesienie chorego na oddział niezakaźny, zdarza się bowiem często, zwłaszcza w okresie przedwstępnym odry, że dziecko danego dnia gorączkuje

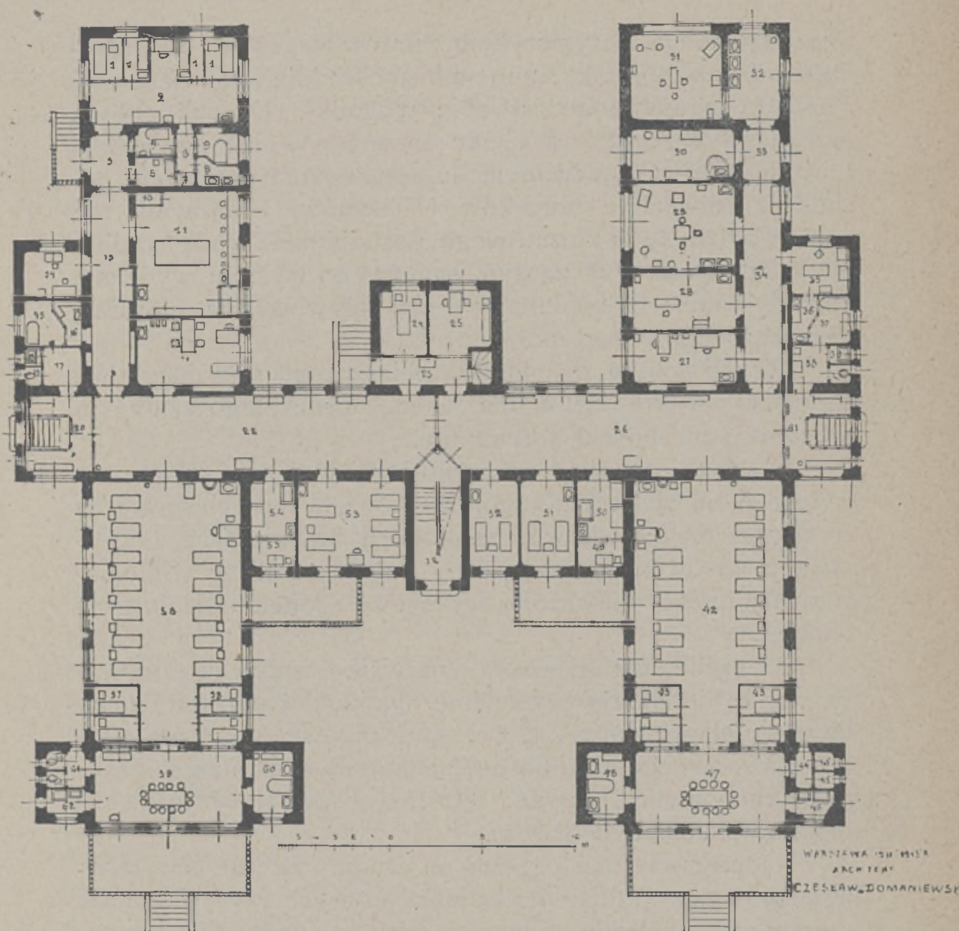
i wydaje się podejrzanem, następnego czy następnych nie zdradza żadnych objawów, a po paru dniach występują wyraźne objawy wczesne odry. Stan taki trwa u niektórych dzieci tydzień do 10 dni, przed ostatecznym wybuchem odry. Dla tego też, o ile w wywiadach niema odry, dzieci takie nawet po pozbyciu się chwilowem podejrzenia, o ile je się przenosi na oddział niezakaźny, umieszczać należy zdala od innych dzieci, pośród dzieci, które już odrę przechodziły, a najlepiej, o ile boksy na salach są w danej chwili wolne, w boksach aż do 14-go dnia od chwili przyjęcia do szpitala. O ile lekarz powziął podejrzenie poważniejsze co do odry, po paru dniach pobytu dziecka na stacyi obserwacyjnej, lepiej do 14-go dnia pozostawić dziecko na stacyi. Ostrożność w tych wypadkach nigdy nie jest przesadną — jeden bowiem niebacznie wpuszczony na oddział przypadek staje się źródłem szeregu infekcyi. Dla łatwiejszego przypominania lekarzom i pielęgniarkom o tem, że dziecko nie przechodziło danych chorób zakaźnych, na kopertach do kart temperatury urządzono specyalne zasuwane kolorowe tabliczki, ostrzegające wzrokowo o niebezpieczeństwie zawleczenia infekcyi (dziecko nie przechodziło szkarlatyny — tabliczka czerwona, nie przechodziło odry—zielona, nie przechodziło kokluszu — niebieska). Stacya obserwacyjna urządzona jest jako oddział sam w sobie, posiada więc kuchenkę podręczną, zmywalnię jedną w szczycie północnym ze zbiornikiem do bielizny brudnej i zmywakiem małym do oczyszczania instrumentów lekarskich oraz szafkę do wyrzucania w worku brudnej bielizny; — w szczycie południowym pawilonu posiada klozet i dużą zmywalnię do naczyń i przyrządów, używanych dla chorych (nocniki, baseny i t. d.), pod oknem mieści się szafka z wyciągiem do przechowywania naczyń z moczem i kałem, w razie potrzeby pokazania ich lekarzowi. W szczycie południowym pawilonu urządzono również mieszkanie dla pielęgniarki, oddzielone korytarzem od pomieszczeń dla chorych, obok mieszkania z tego samego korytarza czystą wannę dla pielęgniarki i skład czystej bielizny i materaców zapasowych. Wszystkie separatki wskutek urządzenia górnego bocznego światła od wschodu i zachodu, a, w krańcowych separatkach i od północy i południa, a zarazem wskutek oszklonych ścian po-

między separatkami, posiadają obfitość światła a ze względu na wysokość 4,7 metr. posiadają i obfitość powietrza 38,5 m^3, tak że w razie koniecznej potrzeby pomieścić mogą nawet dwu jednorodnych chorych; każda separatka oprócz małej umywalki, zaopatrzona jest w termometr, umocowany na ścianie, umocowaną również puszkę do waty, półeczkę szklaną na ścianie do stawiania potrzebnych lekarstw i przyrządów, wieszadło do ręcznika, wieszadło do fartuchów, tuż przy wejściu od strony czystego korytarza. Przy podobnem umieszczeniu chorzy, podejrzani o różnorodne infekcye, mogą przebywać obok siebie w tym pawilonie bez niebezpieczeństwa udzielenia sobie wzajemnie choroby— wykluczone tu są wszystkie źródła infekcyi oprócz przeniesienia przez pielęgniarkę, a i to sprowadzone do minimum; w każdym razie przy tego rodzaju urządzeniu — o ileby się zdarzały przeniesienia infekcyi z separatki jednedo drugiej — źródłem ich nic innego być nie może, jak niespełnianie przepisów osobistego odkażania się przez pielęgniarkę lub niezamykanie drzwi do separatek od strony czystego korytarza. Oszklenie ścian ułatwia znakomicie dozór nad chorymi. Lekarz, po zbadaniu chorego w separatce, zapisuje swe uwagi na karcie szpitalnej już po wyjściu z separatki na korytarzu; do tego celu urządzono ruchome biureczko, które przesuwać się daje łatwo po korytarzu. Pierwsze opisywanie chorego po zbadaniu w separatce i badanie moczu wygodniej będzie uskutecznić w pokoju lekarskim, którego jedna ściana oszklona daje wejrzenie na chorych, co ułatwia wzrokowo spisywanie danych historyi choroby. Karty szpitalne w żadnym razie nie powinny być wnoszone do pokoju chorego.

O ile chory nie został umieszczony na stacyi obserwacyjnej, w chwili bowiem przyjęcia nie zdradzał żadnych oznak zbliżającej się choroby infekcyjnej, staje się on łatwo źródłem infekcyi, jeżeli po kilku czy kilkunastu dniach pobytu na oddziale wybucha u niego choroba zakaźna. W pierwszym stopniu zapobiedz temu można, umieszczając każdego chorego, który nie przechodził szkarlatyny czy odry, zwłaszcza tej ostatniej, zdala od dzieci, które tych chorób również nie przechodziły, a najlepiej w boksie, których urządzono w tym celu po 4 na sali wewnętrznej i chirurgicznej, po 2 od wschodniej i zachodniej strony sali.

Boksy urządzono systemu francuskiego, jako zamknięte od strony sali oszklone pokoiki, z których każdy ma swoją część okna, tak że może być bezpośrednio przewietrzany, zwłaszcza po usunięciu chorego i przy dokonywaniu dezynfekcyi. Wysokość boksów—2,5 metr., głębokość—2,75 metr , szerokość waha się od 1½—2 metr. W boksie urządzono wszystko tak, jak w separatce obserwacyjnej, brak tylko bezpośredniego źródła wody: lekarz i pielęgniarka myją sobie ręce po wyjściu z boksu pod zbiornikiem z płynem dezynfekcyjnym, umieszczonym na wózku pielęgniarki. W boksie przebywa taki nowoprzyjęty chory 14 dni, poczem, o ile sprawa wyświetla się ujemnie, przenosi go się na salę. Do chorego, umieszczonego w boksie, stosować należy te same środki ostrożności, jak do chorego, umieszczonego w separatce na obserwacyi, pomimo iż z doświadczenia Lesage'a wynikałoby, iż jest to zbyteczne. Lesage w Hôpital Herold w Paryżu całe sale urządzone ma w ten sposób, że wzdłuż sali po obu stronach środkowego korytarza biegną boksy, w których umieszcza się wszelkie choroby dziecięce. Do różnych boksów wchodzi on i cały personel w tych samych płaszczach, nie myją sobie rąk przy wyjściu; jak twierdzi, ma znikomą odsetkę infekcyi wewnętrznych. Cały nacisk kładzie na infekcyę przez powietrze i opracował swój system wentylacyi (szyby dziurkowane). U nas stosować będziemy większe środki ostrożności, spróbujemy tylko gdy chory, umieszczony w boksie, dostanie szkarlatyny lub odry, pozostawić go w boksie i przy stosowaniu wszelkich środków ostrożności przeprowadzić całe leczenie bez przenoszenia na oddział zakaźny — to sprawdzić należy: próby czynione za granicą upoważniają do tego, a zarazem będzie to sprawdzeniem racyonalności postępowania personelu pielęgniarskiego.

Oddział chorób wewnętrznych (rys. 3 pawilon główny) składa się z sali — długości 14 metr., szerokości 10 metr., do której przytyka od strony południowej sala pobytu dziennego, stanowiąca jakby przedłużenie sali głównej wobec tego, że oddzielona jest od niej tylko szklaną ścianą. Po dwu stronach sali dziennej urządzono po stronie lewej pokój kąpielowy, w niskiej przybudówce, po stronie prawej w takiej samej przybudówce dwie wygódki, oddzielone od sali po-



Rys. 3. 1—boksy na sali zakażeń kiszkowych, 2 - salka zakażeń kiszkowych, 3 - przedsionek oddziału zakażeń kiszkowych, 4—pierwsza kąpiel, 5—kuchenka podręczna, 6—przejście, 7—klozet, 8—brudownik, 9—kąpiel czysta, 10 i 11—laboratoryum centralne, 12—wejście główne dla lekarzy, 13 i 14—laboratoryum, 15—kąpiel pierwsza oddziału chorób wewn., 16—zmyw. labor., 17—przejście, 18 brudownik, 19—klozet, 20—wejście dla chorych na oddz. wewn , 21—pokój do badania chorych i zabiegów, 22—korytarz główny oddziału wewn., 23—korytarz z wyjściem nazewnątrz, 24—pokój dla ciężko chorych. 25—pokój archiwalny i ordynatora oddziału wewn., 26—korytarz główny oddz, chirurg., 27—gabinet ordynatora oddziału chir., 28 - sala opatr. gipsowych, 29—sala operacyjna druga, 30—sterylizacya główna, 31—sala operacyjna pierwsza, 32—salka przedoperacyjna, 33—przedsionek do sali operacyjnej i sterylizacyi, 34—korytarz, 35—gabinet Roentgen'owski, 36—ciemnia fotograficzna, 37 - kąpiel pierwsza oddz. chir., 38—przejście, 39—brudownik, 40—klozet, 41—wejście dla chorych na oddz. chir., 42—sala ogólna chorych oddz. chir., 43 - boksy, 44 i 45—klozety, 46—brudownik, 47—salka pobytu dziennego, 48—kąpiel czysta, 49 i 50—kuchenka z celką dla pielęgniarki, 51—pokój dla chorych, 52—pokój dla chorych, 53—salka dla chorych gruźliczych, 54 i 55—kuchenka pawilonowa z celką dla pielęgniarki, 56—sala ogólna dla chorych oddziału wewn., 57 i 58—boksy na sali, 59—sala pobytu dziennego, 60—kąpiel czysta, 61 i 63—klozety, 62—brudownik.

bytu dziennego korytarzykiem, przewietrzanym bezpośrednio przez okno, tak samo w bezpośrednie przewietrzanie i światło zaopatrzone są obie wygódki. Do sali pobytu dziennego przytyka od strony prawej również zmywalnia z brudownikiem specyalnym do opłukiwania i zlewania odchodów chorych z nocników i basenów; brudownik ten oprócz zlewu typu klozetowego posiada bicie wody od dołu dla opłukiwania tych naczyń, sam zaś po wylaniu wydzielin dokładnie może być opłukany wodą, spływającą ze zbiornika, umieszczonego ponad nim.

W sali pobytu dziennego umieszczono stół duży niski dla dzieci i niskie foteliki dla dzieci, oprócz tego szafkę do zabawek i żardinierkę z kwiatami.

Wszystkie sprzęty, zarówno jak i łóżka na salach malowane są na biało. Sale ogólne—wewnętrzna i chirurgiczna urządzone są jednakowo, naokoło sal biegnie fryz, odtwarzający na tle krajobrazu sceny z życia zwierząt Sale pobytu dziennego upiększono fryzem ze scenek rodzajowych z bajek.

Na każdej sali urządzono umywalkę, zmywak podręczny, szafkę do lekarstw w ścianie. Na każdej sali stoi biurko dla pielęgniarki i wózek t. zw. opatrunkowy. Bieliznę z łóżek zbiera pielęgniarka do specyalnego worka, nanicowanego na ruchomym statywie, jedzenie rozwozi od łóżka do łóżka na specyalnym wózku.

Naprzeciwko sali ogólnej po drugiej stronie korytarza urządzono pokój duży do badania chorych i wszelkich zabiegów przy chorych, wymagających specyalnych przyrządów, spokoju i nieprzyglądania się przez inne dzieci. Pokój ten zaopatrzono we wszelkie sprzęty i przyrządy, potrzebne do badania i leczenia chorych. Urządzono tam specyalny zaciemniany boks do badania chorych przez okulistę lub laryngologa.

Jak już wspominałem, na kopercie do karty temperatury każdego dziecka umieszczono przesuwalne tabliczki, ostrzegające co do nieprzebytych chorób zakaźnych, i każde takie dziecko winno podlegać stałej kontroli co do chorób zakaźnych przy każdej wizycie lekarza interna.

Zauważyć bowiem trzeba, że, o ile badanie i leczenie chorych należy do lekarzy, prowadzących dane łóżka, o tyle

piecza nad sprawą nieszerzenia się chorób zakaźnych przypada przedewszystkiem w udziale lekarzom internom, jako obejmującym całość zakładu, czuwającym nad jego życiem codziennem. I za ujmę powinien by sobie uważać lekarz intern, gdyby dopiero lekarz ordynujący przy wizycie wykrył u danego chorego oznaki zbliżającej się choroby zakaźnej; w tym względzie lekarze interni powinni być nieprześcignieni, i codzienne doświadczenie doprowadzić do tego może, a będzie to już trwałym nabytkiem w ich wykształceniu lekarskiem, da im bystrość oryentacyi klinicznej, której można tylko w tych warunkach nabyć. O ile pomimo wszystko u danego chorego na sali stwierdza się jakieś podejrzane objawy, należy przedewszystkiem przenieść go do boksu; jeżeli podejrzenie jest więcej skrystalizowane, lepiej nawet przenieść na stacyę obserwacyjną; z przenoszeniem na oddziały zakaźne należy już być znacznie ostrożniejszym i wysyłać tylko przy zupełnej pewności co do rozpoznania. Sąsiedzi najbliżsi podejrzanego chorego powinni być też przeniesieni do boksów, o ile nie przechodzili danej choroby zakaźnej, i trzymani tam 14 dni. Jeżeli dziecko, które zapadło na chorobę zakaźną, już chodziło po sali, należy położyć do łóżek lub w boksach, o ile są wolne, wszystkie dzieci, które z niem wspólnie w pobycie dziennym bawiły się, a choroby zakaźnej, która u danego dziecka wybuchła, nie przechodziły. Dzieci wstające nie powinny nigdy pozostawać na sali i zbliżać się do dzieci, leżących w łóżkach, uniknie się tą drogą roznoszenia infekcyi po najdalszych kątach sali Dzieci wstające powinny przebywać albo w pobycie dziennym, albo na korytarzu. Pielęgniarka notuje na karcie temperatury każdego dziecka, czy danego dnia wstawał, czy leżał. Przepisy te stosują się w równej mierze do oddziału chirurgicznego. jak do oddziału wewnętrznego, gdyż jak doświadczenie różnych szpitali, a między innemi i prowadzonego uprzednio przezemnie szpitala Anny-Maryi wskazuje, ilość infekcyi wewnętrznych bywa większa nawet na chirurgicznych oddziałach, co się tłomaczy wrażliwością dzieci po operacyach, zwłaszcza na zarazki szkarlatynowe (szkarlatyna przyranna).

Oprócz chorych, znajdujących się w okresie wylęgania chorób zakaźnych, dość poważnem źródłem zakażeń wewnętrznych w szpitalu są t. zw. roznosiciele zarazków.

Źrodło to jest tem niebezpieczniejsze, że przez czas długi może pozostać niewykrytem i wciąż działa jako przyczyna, podczas gdy okres wylęgania trwa przeciętnie koło 8—14 dni i sam wybuch choroby ostrzega o niebezpieczeństwie. Roznosiciele zarazków najwięcej rozpowszechnieni—to chorzy po błonicy, durze brzusznym, zapaleniu nagminnem opon mózgowordzeniowych, lub, co gorsze, dzieci, niekiedy nie mające wcale w wywiadach z najbliższego ani dalszego okresu tych chorób, tem niebezpieczniejsi co do wykrycia źródła. W ostatnich czasach zwrócono uwagę (Lesage) na możliwość szerzenia się szkarlatyny przez roznosicieli zarazków, głównie chorych po szkarlatynie, którzy przez czas niepomiernie długi w jamie nosogardzielowej, w przewodach usznych po zapaleniu ucha środkowego przechowują zarazki płonicy i jako nie łuszczący się i nie gorączkujący najnormalniej obracają się wśród dzieci innych. W tym ostatnim względzie, t. j. co do roznosicieli zarazków płonicy, nie znając tych zarazków, nie możemy też drogą badania bakteryologicznego zyskać jakichś potwierdzających danych, poprzestawać musimy na wskazywanych jako charakterystyczne — wyglądzie języka i migdałków, wyglądzie zielonkawym moczu. Otrzymane jednak drogą badań bakteryologicznych dane pozytywne co do błonicy i zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych mogą wcześnie przestrzedz i uchronić od szerzenia się zakażenia, i badania takie, zwłaszcza w czasie większych epidemii chorób tych w mieście, winny być u każdego nowego chorego przeprowadzane na oddziale chorób wewnętrznych i chirurgicznych. Znacznie trudniejsze jest wykrycie roznosicieli zarazków duru brzusznego; wynikające stąd niebezpieczeństwo da się poczęści uprzedzić przez racyonalne dezynfekowanie naczyń, używanych dla chorych.

Oprócz ostrych chorób zakaźnych unikać należy zakażeń wewnętrznych gruźlicą i durem brzusznym. W szpitalu im. Karola i Maryi urządzono oddział gruźliczy, co ułatwia bardzo sprawę, — na oddziale chirurgicznym izolacya chorych z rozpadowemi sprawami gruźliczemi odbywać się może w boksach lub w dwu oddzielnych pokoikach, które ma oddział chirurgiczny na ten i inne wypadki do rozporządzenia. Wszelkie przypadki infekcyi kiszkowych (dur

brzuszny, czerwonka i t. d.) mogą być dostatecznie izolowane, urządzono bowiem na ten cel przy oddziale wewnętrznym specyalny oddział z oddzielnem wejściem dla chorych, złożony z salki na 6 łóżek, z których 4 pomieszczone będą w boksach. Przy sali, jak i we wszystkich oddziałach, urządzono podwójną łazienkę dla świeżych chorych i stałych, zmywalnię, kuchenkę, klozet i t. d.

Przy oddziale wewnętrznym i chirurgicznym istnieje przy korytarzu z wyjściem nazewnątrz wspólny pokój (24) przeznaczony dla przypadków beznadziejnych, dla izolowania ich w ostatnich chwilach od innych dzieci, również w tym pokoju odbywać się będą posługi religijne dla ciężko chorych, dla oszczędzenia wzruszeń innym dzieciom.

Pokój ten, o ile nie będzie na powyższy cel zajęty, może być również używany w takich wypadkach, gdy boksy na sali są zajęte, a przypadek jest nie o tyle podejrzany, aby miał być przeniesiony odrazu na oddział obserwacyjny — wtedy można chorego umieścić w tym pokoju, zwłaszcza, podczas zimnych okresów roku, gdy z przenoszeniem chorych przez powietrze z pawilonu do pawilonu należy być nieco ostrożniejszym. O ile okaże się choroba zakaźna, pokój po przeniesieniu chorego na odpowiedni oddział, powinien być zamknięty i zdezynfekowany.

Baczną uwagę zwracać należy na przypadki cierpień zakaźnych oczu, — dzieci wszystkie powinny być pod tym względem badane i w danym razie izolowane w boksie lub oddzielane parawanem. Oddzielać w boksach lub przynajmniej za parawanem należy również przypadki, rozpoznawane jako grypa, zapalenie płuc ostre, a zwłaszcza oddzielać wszelkie przypadki zapalenia gardła, które są częstem źródłem zakażenia wewnętrznego w szpitalu, zwłaszcza, gdy są one ukrytą postacią szkarlatyny. Specyalnej uwagi wymaga vulvovaginitis gonorrhoica u dziewcząt — spostrzegano całe serye zarażeń z jednego źródła—cierpienie to, na które i lekarze baczną winni zwracać uwagę, wykrywać jednak powinny przedewszystkiem pielęgniarki i wcześnie o tem zawiadamiać lekarza. Dla ostrożności przypadki takie, o ile tylko boks jest wolny, powinny być w boksie izolowane. Stosować do nich należy ściśle prawidła odkażania rąk i naczyń, mających styczność z chorymi.

Wszystkie te zamierzenia mogłyby się okazać niewykonalnemi, na 16 bowiem łóżek rozporządzamy tylko czterema boksami, dla tego też obmyślono oszklone przenośne parawany, którymi oddziela się jedno łóżko od drugiego przy głowie chorego tak, że osiąga się tą drogą przerwanie bezpośredniego zetknięcia się prądów powietrza i unoszących się w powietrzu wydzielanych przez chorego zarazków. Rozporządzając dostateczną ilością takich zasłon, które w niczem nie psują ani wyglądu sali, ani też nie przeszkadzają chorym, można w znacznej mierze przeprowadzić tak dalece zróżniczkowane oddzielanie chorych, że można będzie mówić prawie o izolacyi osobniczej, zwłaszcza gdy się uwzględni, że po wszelkich zabiegach pielęgniarskich przy chorem dziecku pielęgniarki opłukują ręce płynem odkażającym. Oczywiście, że wdrożone będą odpowiednie badania bakteryologiczne dla przekonania się, czy istotnie można polegać na tym systemie, poza tem prowadzona specyalnie ścisła kontrola „sąsiedztw" co do łóżek pozwoli w każdym przypadku wyprowadzić odpowiednie wnioski, co ułatwią, oprócz objawów klinicznych, przeprowadzane w laboratoryum badania co do roznosicieli zarazków, o czem już wspominałem.

Mówiąc o przenoszeniu zakażenia przez chorego na salę szpitalną, rozróżnialiśmy dwie możliwości: a) chory zaraził się w domu, b) zaraził się dopiero w ambulatoryum szpitalnem. To ostatnie źródło jest tem niebezpieczniejsze, że najczęściej bywa zapoznawane: przy przyjęciu chory nie zdradzał żadnych objawów, nie zdradza ich również w najbliższych dniach, a po dniach kilkunastu wybucha u niego choroba zakaźna. Zapobiedz temu może odpowiednie urządzenie ambulatoryum, w każdym jednak razie najlepszem zapobieżeniem jest umieszczenie chorego w boksie, o ile nie przechodził zwłaszcza odry.

Ambulatoryum może być źródłem infekcyi bardzo częstem, o ile jest nieodpowiednio urządzone. Odzywały się nawet głosy za nieurządzaniem ambulatoryów przy szpitalach dziecięcych, a zdala od nich — jest to jednak z wielu względów niewygodne; ambulatoryum, oddzielone od szpitala, musi mieć oddzielny personel lekarski i pielęgniarski, traci bliższą łączność ze szpitalem, mniej interesuje lekarzy,

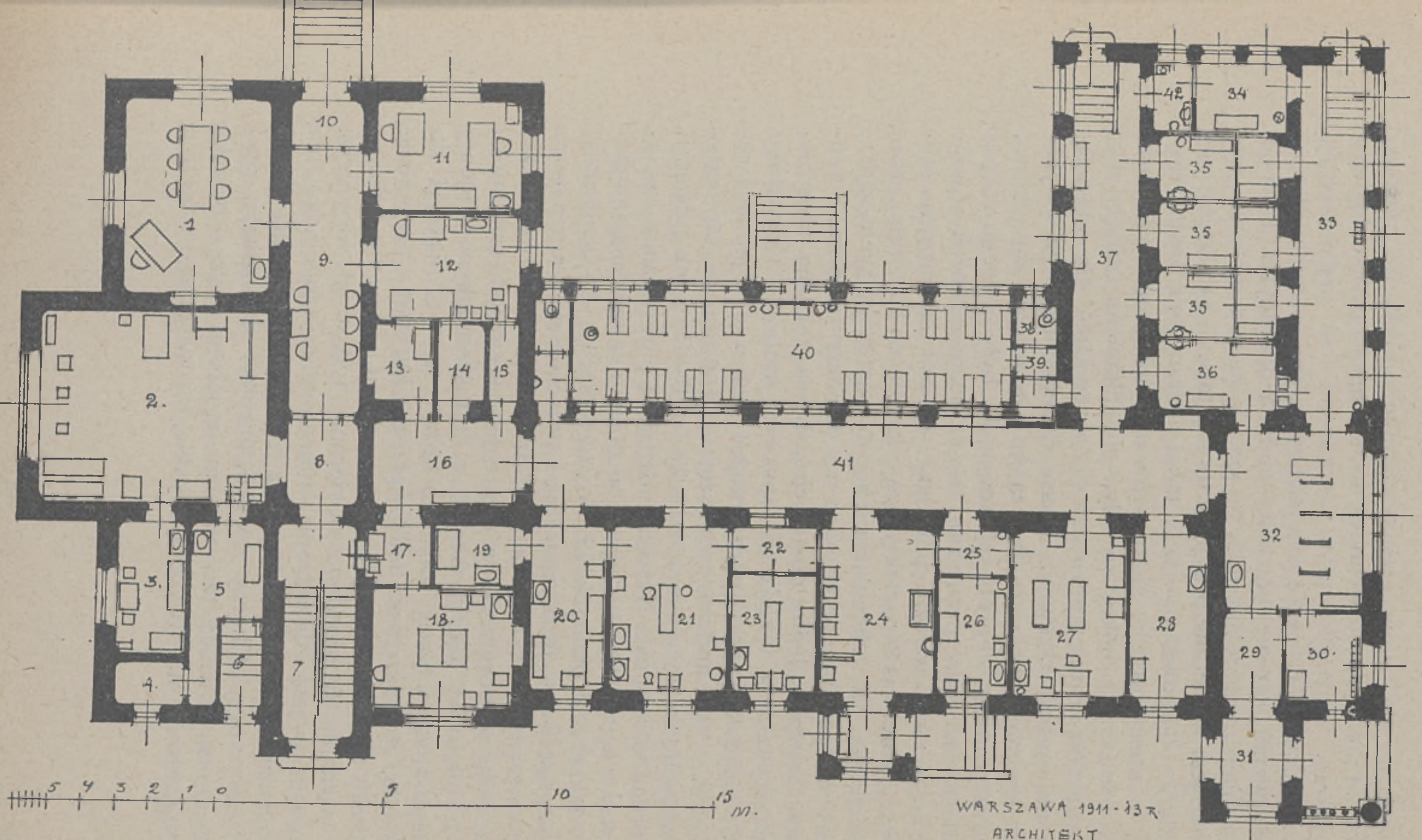
gdyż nie mogą oni śledzić dalszego przebiegu choroby dzieci, odesłanych przez nich do szpitala, ani też obserwować w dalszym ciągu wypuszczonych już ze szpitala. Gdy ambulatoryum ma bezpośredni związek ze szpitalem, korzyści są zobopólne — dla szpitala ambulatoryum jest głównym dostarczycielem chorych, uwalnia ono z drugiej strony szpital od przetrzymywania chorych w szpitalu, umożliwiając dalszą kontrolę zdrowia dzieci w ambulatoryum.

Pozostaje do rozstrzygnięcia kwestya, czy można tak urządzić ambulatoryum, aby uniknąć zarażania się wzajemnego czekających dzieci. Ideałem byłoby oczywiście takie urządzenie, aby każdy chory wchodził wprost zzewnątrz do oddzielnego pokoiku czy boksu, tam czekał i tam miał odrazu udzieloną poradę. Przy niewielkiej frekwencyi w ambulatoryum jest zupełnie możliwe takie urządzenie, i w szpitalu dla dzieci w Radomiu takie właśnie urządzenie ambulatoryum zaprojektowałem, dodawszy jednak poczekalnię, tak aby boksy te służyć mogły po części do różniczkowania chorych, po części do udzielania im porady w boksie, o ile przy sortowaniu okaże się, że dziecko dotknięte jest chorobą zakaźną; zaprojektowano 6 takich boksów z wejściem wprost zzewnątrz. Na stosunki wielkomiejskie należałoby mieć takich boksów nie mniej jak 20, a oprócz tego poczekalnię i gabinety przyjęć; gdyby zaś usunąć zupełnie poczekalnię, liczba boksów wzrosłaby do 30, co dałoby budynek 6 metr. szerokości i 30 metr. długości. Tam, gdzie, jak to ma stale miejsce w wielkich miastach, istnieje pewne skrępowanie co do rozległości placu pod budowę, nie zawsze sobie można pozwolić na takie rozmiary gmachu.

Jedną z największych wad wszelkich ambulatoryów jest nie tylko nagromadzenie się chorych w poczekalni, ale, co gorsze, skupienie się jeszcze przed wejściem do ambulatoryum. Jeszcze przed otwarciem drzwi ambulatoryum nagromadza się zwykle sporo matek z dziećmi, które cisną się jedna przez drugą, aby się wcześniej dostać i, czekając tak nieraz godzinę, zarażają wzajemnie swe dzieci, tak że wszelkie najwyszukańsze urządzenia izolacyjne, choćby nawet boks oddzielny dla każdego dziecka, już są spóźnione i są oszukiwaniem sumienia lekarskiego. Z doświadczenia ambulatoryów wiadomo, że największa liczba chorych zbiera

się odrazu przed otwarciem drzwi, potem zbierają się już powolniej. Należy więc tak urządzić wejście, aby jeszcze przed wkroczeniem do właściwych pomieszczeń ambulatoryjnych matki mogły swobodnie wejść i nie skupiać się na ulicy przed zamkniętemi drzwiami. W szpitalu im. Karola i Maryi (rys. 4) urządzono w tym celu wprost od ulicy otwarty portyk, z którego dopiero przechodzi się do drzwi zamkniętych, tak że nawet przed otwarciem drzwi matki schronić się mogą, zwłaszcza w razie niepogody. Za zasadę zresztą przyjęto otwieranie drzwi do ambulatoryum już o godz. 8-ej rano, i portyerka ambulatoryum będzie już o tej porze na stanowisku w swej loży, której okno wychodzi na portyk. W miarę jak matki będą przychodziły, wpuszczane będą odrazu i, nim się dostaną do sortowni, przechodzą jeszcze przez przedsionek i dopiero skręcają na korytarzyk, który obok loży portyerki doprowadza je do wspomnianej sortowni—dużego, obficie oświetlonego pokoju, zaopatrzonego w umywalkę ze zbiornikiem płynu odkażającego, sterylizator do szpatelków, stolik do pisania dla pielęgniarki. Sortownia połączona jest okienkiem otwieranem z lożą portyerki dla łatwiejszego porozumiewania się i dla posługiwania się telefonem wewnętrznym szpitalnym. Salka ta posiada 4 oszklone przegrody, rozsunięte w ten sposób, że tworzą 5 otwartych boksów; każde dziecko z matką, jak tylko wchodzi do sortowni, wysyła pielęgniarka do takiego boksu, i dopiero w boksie odbywa się różniczkowanie (t. zw. sortowanie) na infekcyjnych i nieinfekcyjnych chorych: pielęgniarka ogląda każdemu dziecku gardło, skórę, wypytuje o koklusz i o szkarlatynę w mieszkaniu lub w domu; dzieci, podejrzane o choroby infekcyjne, przepuszcza na korytarz, z którego się wchodzi do 5 separatek. Każdemu dziecku ogląda też głowę (podejrzenie na favus) i ręce (scabies) — dzieci, dotknięte temi cierpieniami, odsyła pielęgniarka do separatki, przytykającej do sortowni.

Każda separatka podzielona jest nizką przegródką na dwie nierówne części: część mniejsza, zaopatrzona w ławeczkę, służy jako poczekalnia; w części drugiej znajdują się: stolik do badania, umywalka, zbiornik z płynem dezynfekcyjnym, obok puszka do waty, umocowana na ścianie, termometr w probówce, umocowanej na ścianie, półeczka



Rys. 4. 1—gabinet kuratorki, 2—sala ortopedyczna, 3 gabinet do masażu i elektryzacyi, 4—klozet, 5—szatnia działu ortopedycznego, 6—wejście do działu ortop., 7—wejście do kancelaryi, 8—przedsionek, 9—poczekalnta dla interesantów, 10—wejście dla lekarzy i zwiedzających, 11—gabinet lekarza naczelnego. 12—gabinet lekarzy ambulatoryjnych, 13 i 14—składy ambulatoryjne, 15—klozet, 16—poczekalnia przy kancelaryi, 17—przedsionek do kancelaryi (telefon), 18—kancelarya, 19—sterylizacya ambulatoryjna, 20—salka opatrunków gipsowych ambulator., 21—sala operacyjna ambulatoryjna. 22—przejście, 23—gabinet przyjęć chir., 24—rozbieralnia, 25—przejście, 26 i 27—gabinety przyjęć działu chorób wewn. ambulator. 28—gabinet przyjęć laryngologa i okulisty, 29 - przejście, 30—portyerka ambulatoryjna, 31—przejście z ulicy, 32—sortownia chorych z boksami, 33—korytarz infekcyjny dla chorych, 34—separatka inf. operacyjna, 35—separatki infekcyjne, 35—separatka dla chorób skórnych pasoż., 37—korytarz czysty (pielęgn., lekarz). 38 i 39 -klozet, 40—poczekalnia ogólna chorych niezakaźnych, 41—korytarz główny amb., 42—sterylizacya.

marblitowa do umieszczenia nocnika, pulpit do pisania. Lekarz i pielęgniarka wchodzą do tej części z przeciwległego korytarza. Separatka piąta urządzona jest nieco inaczej, przedzielono ją na część sterylizacyjną i operacyjną dla podejmowania w razie potrzeby małych operacyi u dzieci po chorobach zakaźnych z dobrym jednak stanem ogólnym, tak że nie jest konieczne przyjęcie do szpitala, a zabieg jest potrzebny. Ponieważ operacye takie zdarzają się nie tak często, w razie potrzeby piąta separatka używana być może, jako izolacyjny pokój zwykły, z unikaniem szkarlatyny. Czwarta separatka przeznacza się przeważnie dla oddzielania płoniczych chorych. Doświadczenie uczy, że zwykle trzy separatki wystarczają, rzadko się zdarza, aby więcej, niż trzy rodzaje chorób infekcyjnych, były jednego i tegoż samego dnia reprezentowane, tak że liczba czterech separatek, licząc w to w razie potrzeby i pokoik operacyjny, wystarczy, piątą zaś separatkę, przytykającą do sortowni, przeznacza się dla oddzielania chorób pasożytniczych skóry, które nie powinny przebywać we wspólnej poczekalni z innymi chorymi. Jedna postać chorobowa zakaźna może nawet przy takiem urządzeniu sprawiać kłopot — to koklusz. O ile przypadki sporadyczne można izolować w jednej z separatek, o tyle podczas większej epidemii będzie to niemożliwe, schodzi się bowiem niekiedy po 10—15 matek z dziećmi choremi na koklusz. Na taką możliwość przewidziano zużytkowanie korytarza czystego, przeznaczonego normalnie tylko dla lekarzy i pielęgniarki do wchodzenia do separatek, a biegnącego wzdłuż separatek i połączonego z korytarzem wewnętrznym. Wtedy matki z dziećmi kokluszowemi czekać będą na korytarzu; w tym celu umieszczono tam ławki, a przyjmować będzie chorych z krztuścem lekarz w jednej z separatek. Chorzy zakaźni, którzy nie są przyjęci do szpitala, wypuszczani będą wprost z korytarza przy separatkach oddzielnem wyjściem z pawilonu i oddzielną bramką w parkanie frontowym, otwieraną tylko od wewnątrz. Wyjście to jest odgrodzone od terytoryum szpitalnego, tak że chorzy w żadnym razie już na terytoryum szpitalne dostać się nie mogą. Chorzy zakaźni, przyjęci do szpitala, wynoszeni są również tem samem wyjściem i przez bramkę w ogrodzeniu na dróżkę specyalną, prowadzącą wyłącznie

do pawilonów infekcyjnych, tak że znowu z innymi chorymi—ani ambulatoryjnymi, ani stałymi—na tej dróżce spotkać się nie mogą.

Przez sortownię przechodzą wszyscy chorzy, zgłaszający się do szpitala. Podlegają właściwemu sortowaniu wszystkie dzieci, zgłaszające się poraz pierwszy, bez względu, na jakie cierpienie się zgłaszają; dzieci, leczące się stale w ambulatoryum, podlegają również oględzinom w sortowni, o ile od ostatniej ich bytności upłynęło 8 dni. Nawet i w takich wypadkach nie wyłączone jest zawleczenie choroby zakaźnej, gdyż dziecko dane, leczące się w ambulatoryum, a nie wykazujące żadnych oznak choroby zakaźnej danego dnia, może już nawet dnia następnego zdradzać pewne objawy, tyczy się to zwłaszcza odry, daje jednak takie niespodzianki niekiedy i błonica. O ile więc lekarz ambulatoryjny żywi pewne wątpliwości co do rozpoznania w jakimś przypadku i nie wyklucza możliwości zbliżającej się odry, kokluszu i t. d., na kartce, którą matka dostaje, odnotowuje „poddawać badaniu w sortowni za każdem przyjściem w dniach najbliższych“ (dla skrócenia pisze umówiony znak) tym sposobem uda się z pewnością wykryć takie przypadki, któreby uszły uwagi i przedostały się do wspólnej poczekalni. Pewną gwarancyą jest i to, że wejście do poczekalni ogólnej prowadzi jedynie przez sortownię, tak że pielęgniarka ma na oku każde dziecko, wchodzące do ambulatoryum. Natomiast urządzenie takie może ściągnąć zarzut, że niepotrzebnie naraża się dzieci, nie dotknięte chorobami zakaźnemi, na przechodzenie przez pomieszczenie, w którem znajdować się wszak będą prawie codziennie chorzy zakaźni. Na to odpowiedzieć należy, że wogóle chorzy zatrzymywać się będą bardzo krótko w sortowni; że rozmieszczani będą natychmiast po wejściu w boksach; że chorzy zakaźni innem przejściem, bliżej okna, przechodzić będą do korytarza infekcyjnego; że taborety i ścianki boksów, o ile przeszedł przez taki boks chory zakaźny, będą obmywane płynem odkażającym i przed dokonaniem tego pielęgniarka do takiego boksu chorego wpuszczać nie może. Poza tem zauważyć należy, że chorzy, nie podlegający sortowaniu, przechodzić będą przez sortownię, zdala od boksów, nie mieszając się zupełnie z chorymi sortowanymi. Sortownia -- dość duża

sala, oświetlona wielkiem oknem, obrócona jest na południe i wystawiona na silne działanie słońca, co, jak wiemy, znakomicie sprzyja odkażaniu pomieszczeń, i gdy do tego dodamy odkażanie codzienne przez zmywanie płynem odkażającym posadzki i sprzętów, możemy uważać, iż przechodzenie chorych przez to pomieszczenie nie powinno nastręczać wątpliwości, tembardziej że wypływające stąd korzyści są wielkie — kontrola jest ułatwiona i ścisła.

Dzieci, nie podejrzane o chorobę zakaźną, przechodzą z sortowni na lewo przez korytarz do poczekalni, urządzonej w kształcie oszklonej werandy z 26 ławkami po dwa siedzenia—dla matki i dla dziecka, rozrzuconemi na całej przestrzeni poczekalni tak, aby stykanie się nawet już zróżniczkowanych jako niezakaźnych chorych było jaknajmniejsze. Poczekalnia jest całkowicie przejrzysta od strony korytarza, przez który przechodzą lekarze i pielęgniarka, co ułatwia kontrolę zachowania się oczekujących. Wymagać zaś należy, aby dzieci pozostawały na swoich miejscach, aby były rozbierane ze zwierzchniego ubrania. Dla uniknięcia przechodzenia przez całą długość sali do klozetów, urządzono je po obu końcach sali; przedzielone od sali korytarzykami i zaopatrzone oknem zewnętrznem, a oprócz tego wentylatorami elektrycznymi, dają wszelką pewność, że powietrze sali na sąsiedztwie tem zupełnie nie ucierpi. W większym korytarzyku przy jednym z klozetów urządzono mały zlew. W poczekalni urządzono poidło typu szkolnego: za naciśnięciem obrączki, ochraniającej rurkę wytryskową, bije strumień wody dowolnie normowanej wysokości, i dziecko pić może wprost, nachylając się, bez czerpania wody do kubka. Cała poczekalnia wyłożona jest do wysokości 1 m. 50 kafelkami. W lecie przez drzwi balkonowe schodzić mogą dzieci do ogródka.

Aby możliwie jeszcze same gabinety przyjęć zabezpieczyć od zawlekania zarazków z brudnem ubraniem i wogóle z brudnych dzieci, urządzono po drugiej stronie korytarza, jako środkowe pomieszczenie, w szeregu gabinetów do przyjęć specyalne pomieszczenie na rozbieralnię z kąpielą płytką do obmywania brudnych dzieci, z szafkami do składania ubranek dzieci, ławeczką dla składania dzieci obłożnie chorych, niezakaźnych, które przed przyjęciem w gabinecie le-

karskim, wpuszczane będą nie do poczekalni, a odrazu do rozbieralni. W rozbieralni tuż przy wyjściu urządzono boks z ławeczką w celu izolowania dziecka, które zbadane dokładnie przez lekarza okazało się jednak podejrzanem, czy już dotkniętem chorobą zakaźną; ubieranie takiego dziecka odbywać się będzie na ławeczce w boksie, zdala od innych dzieci. Dzieci po odbytej poradzie lekarskiej wracają do rozbieralni i stąd wychodzą już odrazu na ulicę szpitalną, a stamtąd przez specyalną bramkę, otwieraną tylko zwewnątrz na ulicę miejską (Leszno). Tym sposobem krążenie chorych w ambulatoryum udogodniono tak, że prądy chorych przychodzących i wychodzących zupełnie się z sobą nie stykają, usunięto również powracanie chorych po zbadaniu po rzeczy, pozostawione w poczekalni.

Ten sam sposób postępowania obowiązuje bez wyjątku wszystkich chorych, zgłaszających się do ambulatoryum: muszą podlegać uprzedniemu badaniu (sortowaniu) co do chorób zakaźnych i wychodzić przez rozbieralnię.

Wszyscy specyaliści w myśl ogólnej zasady—wystrzegania się zawleczenia choroby zakaźnej — winni, o ile przy badaniu specyalnem, zwraca ich uwagę jakiś podejrzany objaw na chorobę zakaźną, zakomunikować o tem kierownikowi ambulatoryum lub w jego nieobecności dyżurnemu internowi dla potwierdzenia rozpoznania i przedsięwzięcia odpowiednich zarządzeń. Zdarza się niekiedy, że matka przyprowadza dziecko do okulisty w okresie przedwstępnym odry, zaniepokojona łzawieniem oczu; zdarza się, że dziecko, dotknięte wysypką zakaźną, pragnie pokazać lekarzowi chorób skórnych, jeżeli, jak się to zdarza, dziecko niewidocznie lub wcale nie gorączkuje. Zdarza się, że z powodu wycieku z ucha przyprowadza matka dziecko do otyatry, nie wspominając lub nie wiedząc o poprzedzającej płonicy ze względu na lekki przebieg. Zdarza się, że po takiej samej lekkiej szkarlatynie przychodzi do chirurga ze zropiałym gruczołem i t. d.; nawet nie wyłączone są przypadki zgłaszania się do neurologa z powodu cierpień nerwowych, które wystąpiły po chorobie zakaźnej, i dziecko jeszcze jest pod tym względem niebezpieczne dla otoczenia. Takie same niespodzianki bywają wśród dzieci, leczących się w ambulatoryum ortopedycznem: przynoszą one choroby zakaźne, albo same, będąc po

chorobie zakaźnej lekkiej czy poronnej, albo przez to, że mają chore rodzeństwo w domu i pomimo to wysyłane są przez rodziców na „gimnastykę", dlatego też i dzieci, leczone ambulatoryjnie na ortopedyi, powinny podlegać oględzinom co do chorób zakaźnych i nie tylko jednorazowym, ale powtarzanym systematycznie co 8 dni, i w wypadkach przepuszczania ćwiczeń powinno być dziecko nanowo zbadane co do objawów choroby zakaźnej, i przeprowadzony wywiad co do stanu zdrowia rodzeństwa. Do oddziału ortopedycznego urządzono wejście z ulicy szpitalnej. Oddział ten posiada własną rozbieralnię, wygódkę, składa się z sali dużej do gimnastyki ortopedycznej i gabinetu do elektryzacyi i masażu.

Dla zapobieżenia nagromadzeniu się bezcelowemu chorych w poczekalni i dla wygody zgłaszających się chorych w sortowni, oprócz badania przedwstępnego i różniczkowania na zakaźnych i niezakaźnych, odbywać się będzie różniczkowanie według specyalności. Specyaliści chorób skóry, gardła, oczu przyjmować będą nie codzień i niekiedy w innych, niż ogólne ambulatoryum, godzinach, więc zgłaszająca się matka z dzieckiem musi być zaraz o tem uprzedzona. W tym celu wydaje się różnokolorowe kartki, dla każdej specyalności inne, wskazujące dnie i godziny przyjęć. Chorzy, wysłani do poczekalni, otrzymują kolejne numery, pielęgniarka wpisuje na specyalnej kartce kreskami liczbę zgłaszających się do każdego specyalisty, liczbę oddzielonych w każdej separatce infekcyjnej, liczbę zgłaszających się poraz pierwszy i zgłaszających się powtórnie. Numery, wymalowane na krążkach metalowych niklowanych, odbiera pielęgniarka, wywołując chorych z poczekalni do różnych gabinetów. Numery malowane są na kolor danej specyalności: białe — na choroby wewnętrzne, różowe—na choroby gardła i uszu, bronzowe—na oczne, niebieskie—na chirurgiczne, żółte—na choroby skóry. Pielęgniarce wolno będzie wydawać tylko pewną liczbę numerów na każdą specyalność i na ambulatoryum chorób wewnętrznych, zależnie od liczby godzin, poświęconych przyjęciu. Specyalista chorób gardła, nosa i uszu przyjmuje godzinę 3 razy na tydzień — za każdym razem można wydać 5 numerów nowych i 5 powtórnych. Specyalista chorób skóry przyjmuje również

godzinę 3 razy na tydzień; ze względu na charakter specyalności, można przyjąć w godzinę więcej chorych, liczba ta jednak nie powinna przekraczać 10 nowych chorych i 5 powtórnych. Choroby oczu — jak choroby skóry. Specyalista chorób nerwowych przyjmuje tylko 1 raz na tydzień i tylko chorych, skierowanych do niego przez lekarza ambulatoryum chorób wewnętrznych. Na przyjęciu w ambulatoryum wewnętrznem, które trwać będą 3 godziny, przyjmuje się, licząc po 12 chorych na godzinę, — 36 chorych, w tem połowę nowych, połowę powtórnych. Liczby te jednak mogą być przez kierownika ambulatoryum zależnie od napływu chorych, pomocy dodatkowej młodszych lekarzy, dowolnie zmieniane. Zasadą ogólną pozostaje jednak: ambulatoryum nie powinno szczycić się tem, że udzieliło największej ilości porad, godłem porady ambulatoryjnej naszego szpitala powinna być racyonalność, a ta nie może mieć miejsca, gdy nie ma czasu do namysłu. Skutek licznych porad jest zawsze jednaki: zniechęcanie się chorych i lekarzy, pracujących w ambulatoryum. Ambulatoryum szpitalne ma zadanie nie tylko lecznicze, ale i kulturalne. Ambulatoryum powinno zachęcać do leczenia się w szpitalu, powinno powagą porady tem tylko ustępować poradzie szpitalnej, że jest poradą doraźną, nie wyklucza jednak nawet dodatkowych badań dla rozpoznania ani zabiegów leczniczych mniej złożonych, jednem słowem—różnica powinna polegać na tem tylko, że w ambulatoryum leczą się chorzy nieobłożni i nie wymagający zabiegów leczniczych więcej złożonych. Każdego chorego, kwalifikującego się do leczenia stałego w szpitalu, powinno się namawiać na pozostanie w szpitalu, a z drugiej strony prowadzić dalej leczenie chorych, którzy już w szpitalu poprawili się i wymagają dalszej długotrwałej obserwacyi.

Szpital im. Karola i Maryi, położony w dość wyodrębnionej dzielnicy, może sobie stworzyć klientelę dzielnicową i o tę najwięcej dbać powinien, wśród niej bowiem największe owoce wydać może praca kulturalna, i najwięcej tej pracy w dzielnicy tej potrzeba. Doświadczenie, zdobyte wśród ludności, zbliżonej kulturą do ludności dzielnicy wolskiej — ludności łódzkiej, nauczyło mnie, że dużo z tą sferą zrobić można, trzeba tylko wytrwale, konsekwentnie chcieć,

trzeba posiadać życzliwą stanowczość i przeświadczenie, że praca lekarska w ambulatoryum, ograniczająca się do szybkiego badania i szablonowego zalecania, jest pracą daremną, że publiczność tę, przyzwyczajoną do znachorów, felczerów i pomocy lekarskiej fabrycznej, przyzwyczaić przedewszystkiem należy do leczenia się w znaczeniu stworzenia całego szeregu warunków hygienicznych w otoczeniu chorego, a więc dać w poradzie za każdym razem garść zaleceń hygienicznych w postępowaniu z chorymi. To nie jest praca daremna, to działa; już po roku działalności szpitala Anny-Maryi zdarzały się fakty, że matki same meldowały o jakimś podejrzanym kaszlu wśród oczekujących dzieci lub o tem, że w domu danej kobiety dzieci chorują na szkarlatynę i t. d. Ta samokontrola wypłynęła z przyglądania się konsekwentnemu trudowi, jaki sobie w szpitalu zadawano, różniczkując chorych przed wpuszczeniem do poczekalni na zakaźnych i niezakaźnych. Ta sama publiczność poddała się bez szemrania przepisom odwiedzania chorych w szpitalu z chwilą, gdy widziała, że podejmowane zarządzenia nie są zachcianką chwilową, nie są, zwłaszcza, szykanowaniem, że nie robi się wyjątków, że nie działa żadna protekcya i t. d. Ograniczyć więc trzeba liczbę przyjmowanych w ambulatoryum chorych, ale nie można za żadną cenę obniżyć wartości porad. Niech nawet szemrzą chorzy, odprawieni od bram ambulatoryum, jako nie przyjęci,—usunąć rzetelne powody szemrania można w ten sposób, że w sortowni pielęgniarka zoryentować się może, czy dziecko jest ciężko chore, i takie zawsze może być przyjęte, o ile, zwłaszcza, chcą je zostawić w szpitalu. Ale niech jaknajmniej szemrzą ci, którym udzielono porady, a którzy mają powody do niezadowolenia z niej. O ile tylko publiczność nie czeka nadaremno, a ma tę pewność, że z chwilą, gdy wpuszczono ją do poczekalni, porady się doczeka, zaś odprawiona ma jeszcze czas szukać porady gdzieindziej lub zgłosić się dnia następnego, szpital jest względem publiczności w porządku.

Jeżeli ambulatoryum ma działać racyonalnie, musi istnieć ciągłość porad, nie tylko w danej chorobie, ale i przez czas dłuższy okresu dzieciństwa dziecka, w tym celu w ambulatoryum prowadzić się będzie notatki co do danego dziecka na kartkach, w rodzaju kart historyi choroby. Kartki te,

przechowywane alfabetycznie podług lat, ułatwią znakomicie oryentowanie się co do poprzedniego stanu dziecka. Dla ułatwienia przy powtórnych zgłoszeniach oryentowania się przy sortowaniu co do chorób zakaźnych przebytych, na kartce, którą chory otrzymuje, jako kartkę legitymacyjną, odbite są kwadraciki z literą początkową łacińskiej nazwy głównych chorób zakaźnych: skasowanie takiego kwadracika świadczy o przebytej chorobie zakaźnej i znosi obawę jej zawleczenia, a zarazem zmniejsza pracę pielęgniarki sortującej. Kwadraciki te powinny być kasowane na wszystkich kartkach kolorowych, nie tylko na białych, wydawanych na przyjęciu w wewnętrznych chorobach.

Jeżeli chory, przyniesiony do przyjęcia, nie ma żadnej kwalifikacyi lekarskiej z rozpoznaniem, przechodzi najpierw przez sortownię dla przedwstępnego zoryentowania się co do możliwej choroby zakaźnej; badanie szczegółowe dla postawienia rozpoznania i, zwłaszcza, zebranie wywiadów odbywać się może w przypadkach niezakaźnych w gabinecie przyjęć wewnętrznych.

Zdarzać się będzie, że w godzinach ambulatoryjnych przyniosą dziecko do przyjęcia do szpitala; po oględzinach dziecka w sortowni, lekarz-intern dyżurny musi zebrać od rodziców wywiady i wypełnić druki niezbędne przy przyjęciu; w godzinach popołudniowych może uskutecznić to wszystko w sortowni lub w gabinecie wewnętrznym, w godzinach ambulatoryjnych przeszkadzałoby to sortowaniu, i lekarzowi przeszkadzaliby chorzy, napływający do sortowni; wreszcie, dłuższe pozostawanie dziecka niezakaźnego w sortowni, w czasie, gdy każdej chwili może wejść dziecko, u którego okaże się choroba zakaźna, nie jest wskazane. W takich chwilach na cele powyższe używa się pierwszej separatki, która, jak już zaznaczyłem, ma wejście wprost z sortowni i nie będzie używana na izolowanie ostrych chorych zakaźnych. Jak widzimy, urządzenie ambulatoryum pozwala przeprowadzać oddzielanie chorych w dostatecznej mierze, aby w granicach omyłek dyagnostycznych uchronić można było dzieci od wzajemnego zarażania się, i śmiało powiedzieć można, że ambulatoryum szpitala im. Karola i Maryi rozsadnikiem chorób zakaźnych nie będzie ani wśród dzieci, zgłaszających się na porady i powracających do

domu, ani wśród dzieci, przyjmowanych do szpitala. Te ostatnie będą kontrolą systemu; działalność szpitala wykaże, czy dzieci, przyjmowane do szpitala przez ambulatoryum, a te stanowią większą odsetkę, niż przywożone wprost w celu umieszczenia w szpitalu, będą zapadały na choroby zakaźne przez zetknięcie się z innemi dziećmi w ambulatoryum i czy będą przez to źródłem zakażeń wewnętrznych w szpitalu. Powinno to się zdarzać nader wyjątkowo. Zarządzenia jednak powinny być takie, jak gdyby mogło to mieć miejsce zawsze. Wspominałem już o konieczności umieszczania chorych nowoprzyjętych na 14 dni w boksach. Również w celu oddzielenia chorych stałych od nowoprzybywających urządzono na każdym oddziale — zarówno wewnętrznym, jak kiszkowym, chirurgicznym, zapasowym zakaźnym (błoniczym) i płoniczym — oddzielne pomieszczenia do kąpieli dla nowoprzyjętych, a oddzielne pokoje kąpielowe — dla dzieci już leczonych. Ma to, oprócz względów czystości, że się tak wyrażę, makroskopowej, na względzie możność stwierdzenia, po dokładnem umyciu dziecka, niekiedy—objawów na skórze (łuszczenie, wysypka), które się przedtem nie rzucały w oczy. Dla tego też pielęgniarka baczną zwraca uwagę na skórę dziecka po kąpieli, i lekarz-intern dyżurny jeszcze raz na oddziale po kąpieli sprawdza swoją decyzyę umieszczenia dziecka na danym oddziale. Pewne wątpliwości nasuwa sposób przyjmowania do szpitala chorych, przysłanych przez lekarzy lub przywiezionych wprost przez rodziców — jak dostają się oni na odpowiedni oddział? czy chory, zaopatrzony kartką kwalifikacyjną lekarza z rozpoznaniem, ma być odrazu skierowany na oddział? — nawet i w tym wypadku podlegać winien badaniu przez dyżurnego interna ze specyalnem uwzględnieniem możliwości utajonej czy przebytej choroby zakaźnej obok obecnego cierpienia. Lekarz, badający chorego na mieście, zwłaszcza w złych warunkach światła, nie zawsze tę możliwość ma na myśli, nie jest ona dla niego tej wagi, jak dla szpitala; dla tego też rozpoznanie nawet najdoświadczeńszego lekarza winno być uzupełnione przez interna badaniem przedwstępnem. Dotyczy to oczywiście tembardziej chorych, przywożonych bez rozpoznania lekarskiego i kwalifikacyi. Tu znowu powstaje pytanie: gdzie ma się odbywać to bada-

nie przez interna? — najwłaściwsze byłoby badanie w sortowni; wprowadzając jednak dziecko do sortowni, do istniejących już z tego powodu obaw zawleczenia przez nie infekcyi dodajemy jeszcze jedną możliwość chwycenia zarazków przez to dziecko w sortowni. Jakeśmy już wyżej wyjaśnili, możliwość ta jest minimalną, a dziecko takie musi być przed odesłaniem na oddział zbadane. Oczywiście najlepiej byłoby mieć dla dzieci, przyjmowanych do szpitala, specyalne pomieszczenie, składające się z szeregu separatek: — urządzenie sortowni z boksami wystarcza, naszem zdaniem, i nie grozi ani przyjmowanym chorym, ani pośrednio przez nich dawniejszym chorym szpitalnym możliwością zarażenia. Każdy więc chory, który ma być przyjęty do szpitala, przechodzi przez sortownię; w tym celu w sortowni stoi ławeczka dla ułożenia dzieci obłożnie chorych. Wyjątek stanowią przypadki, przysyłane przez lekarzy z rozpoznaniem płonicy, wpuszcza się je wprost przez bramkę infekcyjną do odpowiedniej separatki działu infekcyjnego ambulatoryum: tam są badane i stamtąd wprost odsyłane na oddział płoniczy.

Odsyłanie takich dzieci wprost na oddział płoniczy bez badania w ambulatoryum nie powinno mieć miejsca, lekarz intern musi bowiem przed odesłaniem na oddział zoryentować się co do możliwości zakażenia mieszanego, co, stwierdzone na oddziale, wywoływałoby niepotrzebne przenoszenie dziecka i zamieszanie. Zresztą, sama procedura przyjmowania do szpitala wymaga pewnych choćby skróconych formalności, którym, w razie odsyłania odrazu na oddział, nie możnaby uczynić zadość.

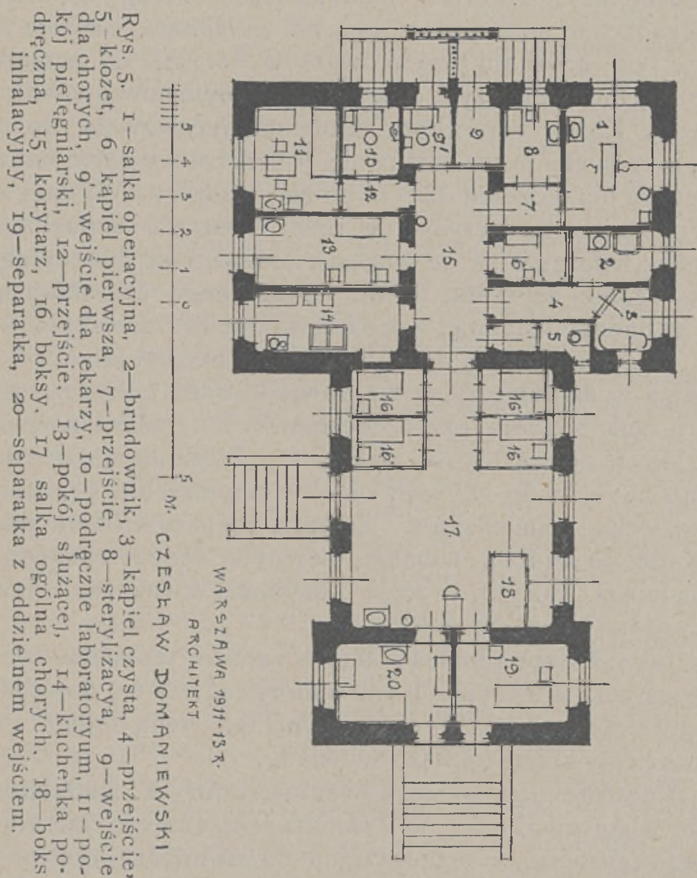
Jak już wspominałem, chorzy zakaźni wysyłani odrazu do separatek infekcyjnych ambulatoryum, czy też dopiero po przedwstępnem badaniu w sortowni, tam będą badani, i tam od rodziców zbierać należy wywiady.

Kontrolę nad różniczkowaniem chorych ambulatoryjnych w sortowni od 8 do 9 rano rozciąga intern infekcyjny danego półrocza, on też przyjmuje do szpitala chorych w godzinach od 9 do 12 rano, bez względu na to, czy jego dyżur wypada tego dnia. Zarządzenie to ma na celu nie tylko nie odrywanie interna wewnętrznego i chirurgicznego od pracy na oddziałach, ale, co główniejsze, zmierza do unikania możliwości przenoszenia zakażenia na oddziały w razie, gdyby

interni, odwoływani do przyjęcia przypadku choroby zakaźnej, zmuszeni byli wracać na oddział, zwłaszcza chirurgiczny.

Pawilon zapasowy błoniczy (rys. 5).

Szpital nie będzie posiadał oddziałów dla wszystkich chorób zakaźnych; oprócz omówionej już stacyi obserwacyjnej, urządzono dwa pawilony zakaźne: jeden—przeznaczony dla płonicy, drugi zapasowy — dla błonicy, w razie zaś braku chorych tej kategoryi i dla innych chorób zakaźnych.



Rys. 5. 1—salka operacyjna, 2—brudownik, 3—kąpiel czysta, 4—przejście, 5—klozet, 6—kąpiel pierwsza, 7—przejście, 8—sterylizacya, 9—wejście dla chorych, 9'—wejście dla lekarzy, 10—podręczne laboratoryum, 11—pokój pielęgniarski, 12—przejście. 13—pokój służącej, 14—kuchenka podręczna, 15 korytarz, 16 boksy. 17 salka ogólna chorych, 18—boks inhalacyjny, 19—separatka, 20—separatka z oddzielnem wejściem.

Ze względu na to, że doświadczenie szpitali dziecięcych uczy, iż na oddział błoniczy w ostatnich latach przyjmuje się nieznaczną liczbę chorych, przewidziano pawilon błoniczy tylko na 8 chorych: 6 łóżek na sali i 2 w oddzielnych pokoikach z wejściem z sali, ale i wprost zzewnątrz. W sali urządzono

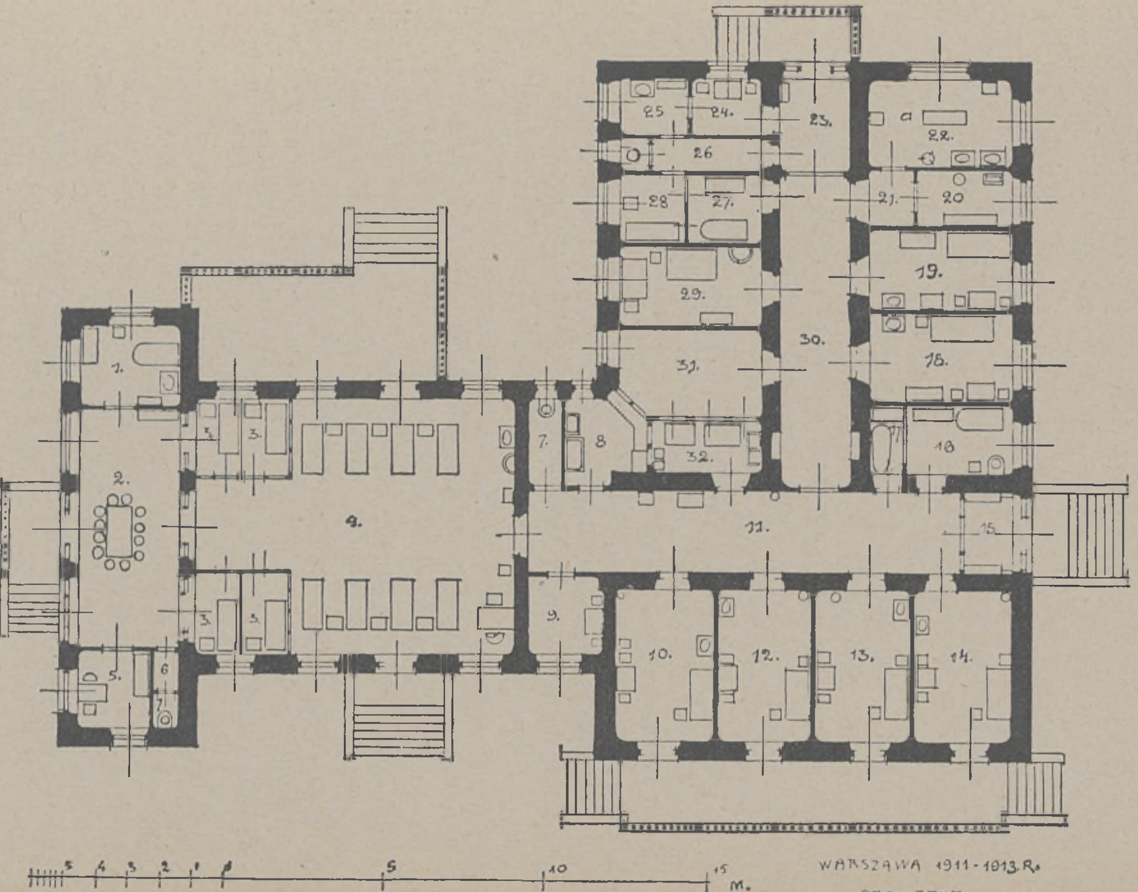
4 boksy i 1 boks inhalacyjny, do którego dochodzi para z kociołka, umieszczonego w szafce, wgłębionej w ściance. Do boksa tego wstawiane będą z łóżkiem dzieci z błonicą krtani; boks ten posiada swoją wentylacyę. W boksach na sali oddziela się chorych świeżo przyjętych, u których podejrzewać by można jakąś inną jeszcze chorobę zakaźną, (odrę, płonicę): przebywać tam będą 14 dni. W boksach również umieszczać się będzie ciężkie przypadki błonicy i błonicę z powikłaniami płucnemi.

Jeden z pokoików może być używany dla izolowania dzieci bezpośrednio przed zejściem śmiertelnem, aby oszczędzić innym dzieciom widoku, nie przenosić przez salę, a wynosić wprost nazewnątrz zwłoki. Pawilon posiada salkę sterylizacyjną własną i salkę operacyjną, aby wszelkie opatrunki i operacye dokonywać można było w warunkach odpowiednich na pawilonie. Intubacyę wykonywać się będzie też w salce operacyjnej, za wyjątkiem chyba tych nader rzadkich wypadków, gdy wprost czasu nie ma na przeniesienie chorego. Wogóle, zaś wykonywanie intubacyi na sali wobec innych dzieci jest bardzo nieodpowiednie i bywa często przyczyną przedłużania się okresu intubacyi u niektórych wrażliwych dzieci. Również zastrzykiwanie surowicy odbywać się będzie na salce operacyjnej. Przeniesienie tych zabiegów do salki operacyjnej ma jeszcze tę doniosłę stronę, że odbywają się one w warunkach lepszych co do atmosfery bakteryjnej. Z tych samych względów, a jeszcze ze względu na niezbędny spokój przy badaniu, badanie nowych chorych, o ile nie są umieszczeni w boksach, odbywać się będzie nie na sali, a w salce operacyjnej, tembardziej, że najczęściej zbierać trzeba z gardzieli lub z jamy nosogardzielowej wydzielinę do badania, co nie jest dla innych dzieci obojętnym widokiem. Pawilon błoniczy, po za wyliczonemi już urządzeniami, posiada wszelkie pomieszczenia, niezbędne dla samodzielnej gospodarki, kąpiel dla nowoprzyjętych i kąpiel dla stałych chorych, kuchenkę podręczną, skład bielizny, zmywalnię, mieszkanie dla służby i dla pielęgniarki. Oprócz tego urządzono małe podręczne laboratoryum do badania moczu i badań mikroskopowych barwionych preparatów. Probówki sterylizowane z zebranym na waciku nalotem, odsyłane będą do centralnego laboratoryum, i stamtąd lekarz

oddziału błoniczego otrzymywać będzie odpowiedź, po założeniu hodowli. Dla laryngologa i okulisty do badania, wymagającego ciemni, służyć będzie boks inhalacyjny, którego ścianki dadzą się łatwo zakryć zasłoną. Wejście dla lekarza do pawilonu i dla chorych urządzono oddzielne; lekarz tuż przy wejściu ma rozbieralnię. Rodzice odwiedzający mają dostęp od zachodniej strony pawilonu z urządzonego na ten cel podestu. Dobre wyniki zabiegów takich, jak intubacya, zależą w znacznej mierze od tego, czy dokonywane są przez tę samą osobę, podług pewnych wskazań ustalonych—dla tego też oddziałem całkowicie opiekuje się podczas swej półrocznej kadencyi intern infekcyjny, jego też wzywać należy zawsze w razie potrzeby dokonania zabiegu bez względu na to, czy to jest jego dyżur, czy innego interna. Zastępować go mogą inni interni tylko podczas jego nieobecności. Ta jednolitość w prowadzeniu oddziału błoniczego ma doniosłe znaczenie i dla chorych i dla doświadczenia samego interna; prawda, że utrudza go nadmiernie, ale to wszak tylko na jedno półrocze, i przypadki z utrudnioną ekstubacyą nie są tak bardzo częste, tak że nie przekracza to sił jednego człowieka. Przybycie interna na oddział dla dokonania intubacyi bywa niekiedy potrzebne natychmiastowo, musi więc być tak uregulowana sprawa wzywania interna przez pielęgniarkę, aby nie było chwili zwłoki. W szpitalu Anny-Maryi w Łodzi urządziliśmy w tym celu dzwonek alarmowy: z chwilą naciśnięcia guzika na oddziale błoniczym rozlegał się dzwonek silny we wszystkich pawilonach, i intern, gdziekolwiek się znajdował, zaalarmowany podążał bez pytania na oddział. Złą stroną tego urządzenia jest tylko niepotrzebne alarmowanie innych oddziałów. W szpitalu Karola i Maryi urządzono więc dzwonek alarmowy do biblioteki, do laboratoryum i do pawilonu szkarlatynowego. Intern, o ile będzie gdzieindziej, telefonem wewnętrznym zawiadamia oddział błoniczy o miejscu swego pobytu.

Pawilon płoniczy (rys. 6). Urządzenia wewnętrzne. Sprawa szerzenia się i zaraźliwości płonicy. Termin wypuszczania chorych z oddziału i t. d.

Największą troską szpitala dziecięcego jest płonica, zarówno jako wciąż wisząca groźba przedostania się jej na inne



Rys. 4. 1—łazienka lecznicza, 2—pobyt dzienny ozdrowieńców, 3—boksy na sali ogólnej chorych, 4—sala ogólna chorych, 5—skład bielizny czystej, 6 i 7—klozet, 8—brudownik, 9—pokój dla umierających, 10 — separatka dla opuszczających oddział, 11—korytarz wewnętrzny, 12, 13 i 14—separatki dla pensyonarzy, 15—wejście dla chorych, 16-pierwsza kąpiel, 17—wanna ruchoma, 18 i 19—pokoje pielęgniarek, 20—sterylizacya, 21—przejście, 22 - salka operacyjna, 23—wejście czyste dla lekarzy i rodziców, zabierających dzieci zdrowe, 24—rozbieralnia i gabinet lekarzy, 25 — umywalnia i ubieralnia lekarzy, 26—przejście, 27—ostatnia kąpiel dla dzieci, wypisywanych jako zdrowe, 28—ubieralnia wypuszczonych zdrowych dzieci, 29—laboratoryum pawilonowe, 30—korytarz czysty, 31—pokój służących, 32—kuchenka podręczna pawilonowa.

oddziały, jak i ze względu na odpowiednie rozmieszczenie chorych płoniczych we właściwym pawilonie, uregulowanie opieki pielęgniarskiej z odpowiedniem izolowaniem personelu, uregulowanie sprawy dostępu niższego personelu do pawilonu i z pawilonu do innych pomieszczeń, jak kuchnia, pralnia, z któremi musi być pawilon szkarlatynowy w pewnej styczności. Pawilon płoniczy w szpitalu naszym odsunięto na przeciwległy od Leszna kraniec placu tuż przy ulicy Żytniej, tak, aby dostęp dla chorych przywożonych z rozpoznaniem szkarlatyny mógł być urządzony przez bramę od ulicy, i aby z drugiej strony utrudnić dostęp do pawilonu z innych części szpitala.

Terytoryum, poczynając od gmachu gospodarczego, przedzielone jest płotkami siatkowymi z bramkami od reszty terytoryum,—pawilon szkarlatynowy oddzielony jest jeszcze specyalnie od reszty terytoryum. Od strony pawilonów 3 zakaźnych urządzono specyalne wejście do gmachu gospodarczego; z małego pokoiku otrzymuje służba pawilonowa: na lewo ze składu bielizny — bieliznę przez okienko, na prawo porcye dla chorych i personelu ze zmywalni kuchennej. Pewne wątpliwości wzbudza fakt, że służba z 3 różnych zakaźnych pawilonów przychodzi do tego samego pomieszczenia, ale służba przychodzi tu nie w tych fartuchach, w których chodzi w pawilonie, bawi tu krótko, nie przychodzi jednocześnie, gdyż wzywa ją się kolejno z kuchni telefonicznie: najpierw służącą z pawilonu obserwacyjnego, następnie—z pawilonu zapasowego i dopiero zawsze na ostatku — z pawilonu szkarlatynowego. Pawilon szkarlatynowy urządzono dla chorych na sali ogólnej i dla pensyonarzy w pokoikach oddzielnych, których brak dla chorych z pensyonatów, a nawet i dla dzieci z domów prywatnych, dawał się dotąd w Warszawie dotkliwie odczuwać. Wejście do pokoików urządzono z zewnątrz z tarasu przez drzwi balkonowe, taras ten służy zarazem dla odwiedzających. Salki te są obliczone tak, że mogą pomieścić 2—3 dzieci każda — na wypadek epidemii.

Każdy pokoik połączony jest drzwiami z korytarzem wewnętrznym pawilonowym — dla wejścia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Poza tem dzieci z pokoików są zupełnie od pawilonu izolowane, wniesione bowiem i wynie-

sione mogą być przez drzwi, prowadzące na taras; kąpane są w pokoikach, dokąd wsuwać się będzie wannę ruchomą, napełnioną w specyalnem pomieszczeniu, naprzeciwko pokoików. Dzieci z pensyonatów i z rodzin inteligentnych, dla których głównie przeznaczone są pokoiki oddzielne na oddziale szkarlatynowym, przebywają tam, jak wzmiankowaliśmy, cały czas, tam są kąpane i mogą być wyniesione, bez komunikowania się z innemi dziećmi, wprost nazewnątrz. Rozstrzyga to znakomicie sprawę, o ile chodzi o izolowanie w przebiegu choroby, ale gdy dziecko takie wprost z pokoju, w którym cały czas się leczyło, ma być wypuszczone do domu choćby po najdłuższym okresie, po ukończeniu łuszczenia i po zniknięciu wszelkich objawów ze strony uszu, nosa i gardła, może być roznosicielem zarazków, i powrót takiego dziecka bezpośrednio ze szpitala do pensyonatu nastręcza poważne wątpliwości. Jako częściowe zabezpieczenie się od przeniesienia zarazków, po odkażeniu tych dzieci w ich pokoju, będzie wypuszczenie ich przez ostatnią kąpiel, jak postępuje się z dziećmi innemi. Szpital nie będzie mógł ze wszystkiemi dziećmi płoniczemi postępować tak, aby je po wypuszczeniu z pawilonu szkarlatynowego trzymać przez 14 dni na stacyi obserwacyjnej; było by to niemożliwe i ze względu na brak miejsca i ze względu na niemożność płatniczą rodziców. Względem dzieci, umieszczanych w separatkach szkarlatynowych możnaby stosować takie postępowanie, o ileby miały wracać do domu, gdzie są inne dzieci. W szeregu tych pokoików przytykający do nich—piąty mniejszy, przeznaczony będzie, jak już wzmiankowałem wyżej do badania pierwszego chorych, do badania dla laryngologa, otyatry i okulisty—w tym celu urządzono zaciemniane okno. Pokoik ten używany też będzie do oddzielania w ostatniej chwili umierających: zwłoki będą wynoszone wprost z tego pokoju, ku czemu urządzono pod oknem rodzaj szafki, otwieranej nawewnątrz i nazewnątrz, przez którą wsunie służący najpierw specyalne nosze i po ułożeniu w nich zwłok z powrotem je zabierze. Chorzy wpuszczani są do pawilonu przez wejście od ulicy Żytniej (15). Samo wejście oddzielone jest od korytarza wewnętrznego i tworzy poczekalnię dla rodziców; tuż przy wejściu urządzono pierwszą kąpiel, pokój dość duży i dobrze oświetlony,

tu bowiem jest rzeczą wielkiej wagi dokładne obejrzenie skóry po kąpieli, dla powtórnej kontroli rozpoznania przed odesłaniem dziecka na salę szkarlatynową. I na sali szkarlatynowej urządzono również 4 boksy po obu stronach sali bliżej pobytu dziennego, gdyż i dziecko szkarlatynowe może być dotknięte dodatkowem jeszcze zakażeniem, najczęściej błonicą, zdarzają się pozatem trudne do rozpoznania zakażenia mieszane odrą i płonicą, wreszcie dziecko takie może być dopiero w okresie wylęgania innej choroby zakaźnej — z tych wszystkich względów dzieci nowoprzyjęte umieszcza się w boksach, pozatem oddziela się w boksach dzieci, u których już podczas ich pobytu wystąpiły objawy jakiejś innej choroby zakaźnej. O ile wierzyć można doświadczeniu L e s a g e'a, izolować będzie można w boksach dzieci, dodatkowo zakażone błonicą, odrą, krztuścem, bez obawy przeniesienia tego zakażenia na inne dzieci szkarlatynowe; jedynie dodatkowe zakażenie ospą wietrzną nie da się izolować skutecznie w boksach, gdyż, jak uczy doświadczenie tegoż L e s a g e'a, oddzielenie w boksie ospy wietrznej nie gwarantowało od rozprzestrzenienia się zakażenia, jak sądzi L e s a g e, wskutek niezmiernej lotności zarazka ospy wietrznej i przenoszenia się tegoż przez powietrze ponad boksami przy przypadkowych silniejszych prądach powietrza i następnie opadania wraz z pyłem na chorych. Wymagać będzie to spostrzeżenie jeszcze sprawdzenia, gdyż znowu nasze doświadczenie nauczyło nas, że zarazek ospy wietrznej jest niezmiernie łatwo przenośny i to nawet przez osoby trzecie do tego stopnia, że w szpitalu Anny Maryi w ten sposób pielęgniarka przeniosła infekcyę od chorego z ospą wietrzną, izolowanego w pokoiku na parterze, do chorych tyfusowych na piętrze tegoż gmachu w przeciwległym krańcu korytarza; przeniosła w ten sposób, iż, będąc zajętą przy chorym tym na dole, została gwałtownie zaalarmowana przez służącą co do stanu jednego z dzieci na oddziale tyfusowym i wbrew zwyczajowi, nie mając już czasu na umycie rąk, przebiegła szybko wprost do tamtego chorego i zastrzykiwała mu kamforę. Przyznała się do tego lojalnie — oprócz tego dziecka, inne nie zachorowały. Pytanie się więc nasuwa, czy u L e s a g e'a nie odgrywa tu roli nie mycie sobie rąk przez personel przy przechodzeniu z boksu do boksu, co nie daje

zakażeń przy innych chorobach zakaźnych, a daje przy ospie wietrznej. Sporne te kwestye będą mogły być wyświetlone po części w naszym szpitalu, wobec mieszanego systemu boksów i pawilonów, a zwłaszcza na stacyi obserwacyjnej, gdzie przeniesienie się ospy wietrznej z boksu jednego do drugiego, byłoby możliwe wobec boksów, zamkniętych do góry, — jedynie przez personel pielęgniarski. W boksach oddzielać się będzie przypadki ciężkiej płonicy z rozpadowemi sprawami w gardzieli, ze zwykłem w tych przypadkach cuchnieniem, wobec bowiem możności przewietrzania każdego boksu oddzielnie, sąsiedztwo takich chorych mniej się będzie dawało odczuwać innym chorym. Z sali od strony wschodniej urządzono jedno zapasowe wyjście przez drzwi balkonowe, przy których urządzono podest; ma to na celu przedewszystkiem ułatwienie rodzicom odwiedzającym przyglądanie się dzieciom swym przez drzwi balkonowe z podestu, służyć też może w razach wyjątkowych do wynoszenia chorych wprost z sali, gdy się okaże jakieś zakażenie dodatkowe, które będzie uznane za niebezpieczne dla innych dzieci (np. ospa naturalna). W ostatecznym razie wobec urządzenia stacyi obserwacyjnej, pozwalającego na zupełną izolacyę, zwłaszcza gdy drzwi od korytarza czystego zamknąć i jedynie od korytarzyka zewnętrznego obsługiwać chorego pod względem lekarskim i pielęgniarskim, można będzie, gdyby chorego nie udało się przenieść do innego szpitala, pozostawić go na stacyi obserwacyjnej, należy to jednak uważać za wyjątek. Przypadki zresztą ospy naturalnej, jako dodatkowego zakażenia, są niezmiernie rzadkie, nawet w Łodzi, słynnej z ciągłych epidemii ospy, nie mieliśmy w szpitalu na oddziałach tego zakażenia dodatkowego, zdarzały się tylko parę razy przypadki ospy, które się wyjaśniły, jako takie, po pobycie na stacyi obserwacyjnej i zostały do baraku ospowego przeniesione. Dla uchronienia się od zawleczenia tego zakażenia, należy przy przyjęciu prowadzić ścisłą kontrolę szczepienia ospy i przypadki, wcale nieszczepione lub dawno nieszczepione, poddawać szczepieniu, za wyjątkiem takich, w których istnieją ze względu na stan chorego jakieś przeciwskazania. Ma to właśnie miejsce w płonicy, i dla tego sprawę tę jako możliwą tutaj omówiliśmy. Naprzeciwko tych drzwi od strony za-

chodniej prowadzą drzwi balkonowe na taras, na który w porze letniej wystawiać się będzie chore dzieci z łóżkami, a z tarasu jest zejście do ogródka, szczelnie od reszty terytoryum odgrodzonego, do którego schodzić będą dla zabawy dzieci ozdrowieńcy, przebywający w pawilonie jedynie do ukończenia okresu zaraźliwości. W porze letniej rodzice będą mogli oglądać swe dzieci, wystawione na tarasie i bawiące się w ogródku, z drogi asfaltowej, biegnącej obok pawilonu. W porze zimowej taras służyć będzie jako wygodne miejsce dla przyglądania się dzieciom na sali. Ponieważ w porze zimowej dzieci—ozdrowieńcy przebywać będą nie na sali, a w pobycie dziennym, urządzono od strony południowej balkonik otwarty, na który będą mieli wstęp rodzice odwiedzający i przyglądać się będą mogli swym dzieciom. Wstęp do pawilonu nie jest rodzicom dozwolony — wyjątek od tej zasady stanowić mogą tylko wypadki, jeżeli dziecko jest umierające, i rodzice, zawiadomieni o tem przez szpital, pragną widzieć się z dzieckiem. Zabezpiecza się ich wtedy od możliwości przeniesienia zakażenia do domu—przez polecenie nałożenia fartucha szpitalnego, kaloszy szpitalnych; nie pozwala się im bezwzględnie całować dziecka, poleca się umyć dokładnie ręce przy wyjściu.

Najważniejszą, dotychczas niedostatecznie wyjaśnioną, a ciążącą nad całą działalnością oddziału sprawą, jest sprawa szerzenia się zakażenia płonicą i związana z nią sprawa terminu trzymania chorych płoniczych na oddziale. Dotychczas bezwzględnie panująca zasada szerzenia się płonicy przez łuski zaczyna dzielić swe panowanie z innemi drogami zakażania. Już szkoła wiedeńska (Escherich, Schick) zwracała uwagę na jednostronność oceniania zaraźliwości jedynie ze stanu łuszczenia się skóry i przetrzymywania chorych aż do ukończenia okresu łuszczenia, co nie zawsze nawet w szóstym tygodniu choroby, ogólnie przyjętym terminie zakończenia zarazliwości, ma miejsce. Dla życia oddziału płoniczego sprawa ta ma pierwszorzędne znaczenie; jak długo trzymać chorych na oddziale? odpowiedź dawna—aż do ukończenia łuszczenia—nie była ścisłą, niekiedy bowiem łuszczenie kończy się w 3—4 tygodniu, niekiedy trwa ponad 6 tygodni, do 8 i więcej, jak to nieraz mieliśmy możność stwierdzić w szpitalu Anny-Maryi, gdy dziecko, przebywa-

jące na oddziale 8 tygodni, łuszczyło się jeszcze szczególniej na podeszwach, czasami jednak nawet na tułowiu. Gdy przypomnimy sobie, że właściwości indywidualne skóry dzieci odgrywają tu rolę, gdy uwzględnimy tę okoliczność, że wogóle choroby zakaźne przewlekające się usposabiają skórę do łuszczenia się, czego wymownym przykładem są chorzy tyfusowi, powinniśmy na takie przedłużające się łuszczenie patrzeć z mniejszą obawą, z większym krytycyzmem. Jeżeli nawet dziecko takie, trzymane na oddziale 8 tygodni i przedstawiające resztki łuszczenia, po powrocie do domu, zarazi inne dzieci, dowodem to nie będzie, że źródłem zakażenia były łuski, dziecko takie bowiem, jeżeli nawet nie jest nosicielem zarazków z przebytej osobniczej choroby, może być nosicielem zarazków, które się dostają do wewnętrznych jam (nos, uszy, jama ustna i jama nosogardzielowa) wskutek bliższego zetknięcia się z chorymi otaczającymi, czy też zakażonymi przedmiotami. Z doświadczenia L e s a g e'a wiemy, że po przebytej płonicy nosiciele zarazków mogą szerzyć zakażenie w przeciągu bardzo długiego czasu (w jednym wypadku przeszło rok). L e s a g e wynalazł niektóre wskazówki pomocne do rozpoznawania takich przypadków; wygląd języka — długo nie zmieniający się, obłożony, po brzegach zaczerwieniony; zawoalowane, jakby mgiełką pokryte, nie powracające do normalnego zabarwienia migdałki, wreszcie szczególna barwa moczu, wpadająca w barwę mętnozielonkawą. Osobiście mogłem się przekonać, przeglądając porównawczo materyał płoniczy oddziału L e s a g e'a, że wskazówki te zaczerpnął on z rzeczywistości, istnieje wybitna pod tym względem różnica między różnemi kategoryami chorych płoniczych. Chorych z oczyszczonym językiem, normalną barwą migdałków, barwą zwykłą słomkową moczu uważa L e s a g e nawet w 12 dniu choroby, pomimo łuszczenia, za niezaraźliwych, pozwala im krążyć pośród innych chorych w pawilonie i twierdzi, że właśnie to doświadczenie nauczyło go, że chorzy tacy nie są zakaźni, nawet gdy łuszczenie jeszcze dość jest obfite. Natomiast, gdy chorzy wykazują wspomniane wyżej cechy, uważa ich samych za podległych jeszcze zakażeniu i wyczekuje nowych przejawów choroby, o ile znajdują się w okresie wcześniejszym popłoniczym; uważa ich w późniejszym okre-

sie nie za chorych osobniczo, ale za roznosicieli zarazków, zagrażających otoczeniu. U nas zarówno, jak w budowie pawilonów uwzględniliśmy system mieszany pawilonowo-boksowy, tak też i w tym względzie uważamy za stosowne postępowanie, że się tak wyrażę, umiarkowanie postępowe; dane, zdobyte z osobistego zetknięcia się z materyałem Lesage'a, upoważniają do podjęcia pewnej reformy, a przedewszystkiem do sprawdzenia u nas tych danych, i to powinno być jednem z pierwszych zadań oddziału płoniczego. Chodzi tu bowiem nietylko o ciekawość naukową, ale i uczynienie zadość sprawie czysto realnej wypuszczania chorych płoniczych z pawilonu. Rzecz ta wydawać się może akademicką, wobec faktu, że oddział mieścić może naraz 20—24 chorych, a więc znikomą zaledwie cząstkę materyału płoniczego z miasta — z tej jeszcze liczby, wskutek nierozsądku rodziców, część dzieci zabieraną bywa przedwcześnie, wbrew zdaniu lekarzy, tak, że część zaledwie chorych może pozostać aż do zupełnego wyleczenia i ukończenia okresu zaraźliwości. Ciekawych danych dostarczy nam pod tym względem statystyka oddziału płoniczego szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. W r. 1906, pierwszym roku działalności szpitala, przez oddział płoniczy przeszło 340 chorych, z tej liczby zabrano niewyleczonych czyli przedwcześnie 34, zmarło 85; z pozostałych 221 przeciętna liczba dni szpitalnych wypada koło 30 — taką samą liczbę dni szpitalnych przeciętną otrzymujemy w latach następnych. Wniosek stąd, iż utrzymać na oddziale płoniczym ponad 4 tygodnie udaje się w mniejszości wypadków, większość opuszcza w okresie 4 tygodni od początku choroby, a około 10% opuszcza oddział przed upływem 2 tygodni. Jeżeli zapatrywać się na działalność oddziału z punktu widzenia wyłącznie leczniczego, wynik ten nie przedstawi się w tak złem świetle, jak się przedstawi, gdy mu się przyjrzeć z punktu widzenia izolowania chorych płoniczych na oddziale i ograniczania tym sposobem szerzenia się zakażenia płoniczego. Na co się przydadzą wysiłki dla odpowiedniego urządzenia oddziału i racyonalnego prowadzenia, gdy rozbija się to wszystko z jednej strony o upór rodziców, z drugiej strony — o względy ekonomiczne, które nie pozwalają ludziom niezamożnym na tak długi okres płatniczy. Nie mamy, niestety,

dotąd przymusu hospitalizacyi chorych zakaźnych, nie rozporządzamy żadnym innym środkiem represyjnym, oprócz namowy, a ta przestaje działać zarówno wobec uporu, jak i wobec niemożności płacenia. I powracają dzieci zdrowe osobniczo, ale niebezpieczne dla otoczenia do domu, aby niecić chorobę wśród rodzeństwa i sąsiadów. Doświadczenie jednak szpitala Anny-Maryi uczy, iż dzieci z tej samej rodziny umieszczano na oddziale płoniczym albo odrazu po dwoje, niekiedy i troje, albo w krótkich odstępach czasu jedno po drugiem. Wypadków, aby dostarczono do szpitala kogoś z rodzeństwa tych dzieci, które, po przebyciu koło 4-ch tygodni na oddziale, powracały do domu, prawie nie notowano, a z tych nielicznych upamiętnił mi się przypadek, wypisany w 8 tygodniu pobytu z ropotokiem nieustającym z ucha, który spowodował zakażenie u swego rodzeństwa. Dane te potwierdzają doświadczenie L e s a g e'a i zwyczaj, przyjęty w ostatnich czasach na oddziale płoniczym szpitala S-tej Anny w Wiedniu,—wypisywania chorych koło 4 tygodnia. Sprawa ta nie przestałaby być doniosłą nawet wtedy, gdyby koszt utrzymywania chorych płoniczych przez czas dłuższy przyjęło na siebie miasto, kraj czy państwo, i tak bowiem, o ile nadwyżka dni szpitalnych nie tłomaczy się rzeczywistą potrzebą, traci się na tem nie tylko ekonomicznie, ale i przez niemożność umieszczania innych chorych zakaźnych. Dążyć więc należy do rozwiązania tej kwestyi drogą śledzenia zdrowotności w rodzinach dzieci, które opuściły oddział, przynajmniej w przeciągu ośmiu dni od opuszczenia oddziału przez dane dziecko. O ile zaś rodzice zabierają dziecko samowolnie w okresie zaraźliwym, należy im nie tylko grozić, że władze na nowo je zmuszą do oddania do szpitala, ale rzeczywiście natychmiast władze zawiadamiać. Pozornie tylko działalność taka wydaje się pracą Danaid: gdy inne szpitale, czy pobudzone przykładem, czy zniewolone przez władze, obiorą ten sam sposób postępowania, epidemie kończyć się będą znacznie rychlej — przez takie wczesne wyrywanie przypadków z ich otoczenia i oddawanie już jako niezaraźliwych. To, co się dzieje obecnie, potwierdza poniekąd przekonanie publiczności o szpitalach, jako rozsadnikach chorób zakaźnych. Gdy więc uwzględnimy wszystko po-

wiedziane wyżej, możemy jako przeciętny okres pobytu na oddziale płoniczym ustalić okres 4-tygodniowy, biorąc oczywiście pod uwagę indywidualizowanie każdego przypadku. Pozostaje nam do omówienia wypuszczanie chorych, uważanych już za niezakaźnych, z pawilonu.

Sprawę tę niektóre szpitale rozstrzygały w niezmiernie zawiły sposób — w szpitalu Wilhelminy w Wiedniu istniały na granicy terytoryum infekcyjnego specyalne budynki kąpielowe dla wychodzących chorych płoniczych (Entlassungsbad). Dzieci wynoszono najpierw z sali na korytarz, tam rozbierano i myto gruntownie skórę szczotką i mydłem. Po wymyciu brała dziecko pod swoją opiekę siostra, nie zajęta na sali, i przenosiła do specyalnie na ten cel przeznaczonego zapasowego pokoju, nakładała dziecku świeżą, podaną zzewnątrz przez okno, bieliznę i kładła do czystego łóżka. W tym pokoju dziecko pozostawało do dnia następnego; otrzymywało znowu kąpiel z gruntownem myciem skóry, znowu nakładano świeżą bieliznę i już nie przez ogólny korytarz, a przez okno wynoszono dziecko z pawilonu do wspomnianego wyżej budynku kąpielowego na granicy terytoryum infekcyjnego. Kąpano tu dziecko zaraz po przyniesieniu w przedsionku i nakładano bieliznę czystą. Dziecko pozostawało tu do dnia następnego, i wypuszczano je po ostatecznej jeszcze kąpieli, nakładając zdezynfekowane w kamerze parowej ubranie. I jak się wyraża Pospischill — „cała ta ceremonia okazała się po pewnym czasie zwykłą komedyą". Zachorowania rodzeństwa po powrocie tych dzieci do domu (Heimkehrfälle, return-cases) prawie wcale przez to nie zmniejszyły się: zarażało rodzeństwo swe 3,15% materyału płoniczego szpitala Wilhelminy, a 15,38% materyału płoniczego stanowiło zarażone tą drogą rodzeństwo chorych. Pospischill z naciskiem zaznacza, że, jak się okazuje, męczenie dzieci przez szorowanie wprost skóry, nie daje żadnych wyników, i że łuszczenie nie mogło tu być przenośnikiem zakażenia, gdyż u wszystkich tych chorych łuszczenie dawno już było ukończone. Spostrzeżenia Pospischill'a doprowadziły go do tych samych wniosków, które wyciągnął Lesage,—że źródła tych późnych zakażeń szukać należy w gardzieli i jamie nosogardzielowej chorych, i że, jakeśmy to już wyżej z naszego doświadczenia w szpitalu

Anny-Maryi podnieśli, dziecko samo zdrowe może być nosicielem w jamie nosogardzielowej zarazków, które się przedostały tam przez stykanie się z chorymi jeszcze sąsiadami Do przytoczonego przez nas przypadku zarażenia w domu rodzeństwa przez dziecko, wypisane z pawilonu po 8 tygodniach pobytu, przybywają przypadki Pospischill'a— zarażania przez dzieci, które były wypuszczone z oddziału po 3 do sześciu miesiącach od początku swej płonicy (z powodu przeciągającego się zapalenia nerek). Wobec takich faktów, co znaczyć mogą nawet kilkakrotne kąpiele i specyalne kąpiele wypisowe (Entlassungsbad). Chodzi tu bowiem przedewszystkiem o zdezynfekowanie jamy nosogardzielowej. Pospischill dochodzi do wniosku, iż jedynie racyonalnem rozstrzygnięciem kwestyi byłoby umieszczanie każdego dziecka w oddzielnym pawilonie, i, uważając to za niemożliwe nie tylko ze względu na koszty budowy, ale i ze względu głównie na koszty funkcyonowania tak urządzonego szpitala, zatrzymuje się na izolacyi osobniczej w jednym pawilonie— systemem francuskim. Widzimy, że myśli różnych autorów z różnych krajów, o ile tylko rozporządzają dużym materyałem i umieją wyciągać zeń wnioski, zbiegają się w jednem wymaganiu — izolacyi osobniczej. W ostatnim czasie Pospischill postępuje w ten sposób, że rozdziela dzieci na pawilony podług tygodni choroby, nie wpuszcza nigdy do pawilonu, w którym leżą chorzy na płonicę z późniejszego okresu, chorych płoniczych świeżych; przedłużył pobyt o jeden tydzień, to jest do siedmiu tygodni, i ten ostatni tydzień spędzają kandydaci w zupełnie czystym pawilonie i dopiero stamtąd przechodzą do kąpieli wypisowej. Na podstawie niewielkiego wprawdzie jeszcze materyału, bo dopiero 100 przypadków, dochodzi Pospischill do wniosku, iż tą drogą uda się łacniej uprzedzić zakażenia powrotne w rodzinie (return-cases) i powtórne zapadania na płonicę na oddziałach płoniczych, powstające nie jako nawrót płonicy, co się zdarza rzadko, a jako nowe zakażenie z otoczenia u osobników wrażliwych, przebywających długo na pawilonie w sąsiedztwie przypadków świeżych. W atmosferze tej wyhodowują się od czasu do czasu specyalnie złośliwe zarazki, którym ulega naraz niekiedy kilkoro dzieci (Scharlachscheinrecidive). Zarządzenia Pospischill'a, o ile

nawet okażą się rzeczywiście celowemi, są niezmiernem utrudnieniem życia szpitalnego i rozbić się mogą również o fizyczną wprost niewydolność personelu, który w szpitalu tym — ideale systemu pawilonowego, był i tak już zawsze przeciążony. Gdy się to wszystko rozważy, jakiem okiem spojrzymy na urządzenia pawilonu płoniczego w szpitalu im. Karola i Maryi? Zdaniem naszem, mogą one spełnić należycie swe zadanie — możliwej izolacyi chorych zarówno w boksach, jak i na sali—przez odpowiednie rozstawienie różnych kategoryi chorych. Sala pobytu dziennego może być obróconą na stały pobyt ozdrowieńców, wyczekujących ukończenia okresu zaraźliwości, w razie gdyby na sali nagromadziły się przypadki ciężkie w okresie rozwoju samej choroby lub choroby następczej. Szklane ruchome ścianki pomiędzy łóżkami mogą znakomicie przyczynić się do izolacyi chorych — jednego od drugiego: są to ruchome parawany specyalnego typu, ustawiane przy głowie chorego, aby uprzedzić przenoszenie się zarazków z powietrzem wydychanem, w szczególności przy kaszlu, kichaniu. Oddzielne bezwzględnie dla każdego chorego przyrządy i sprzęty zapobiegać będą przenoszeniu zakażenia od chorego do chorego. Największą wagę kłaść należy na zachowanie się pielęgniarki, która każdego chorego płoniczego uważać winna jakgdyby za dotkniętego zupełnie inną chorobą zakaźną, niż jego sąsiad, i tak się antyseptycznie zachowywać, co ułatwiać jej będzie ruchomy wózek z opatrunkami i lekarstwami oraz zbiornikiem do dezynfekowania rąk, przeciągany przez nią od łóżka do łóżka. Przy opatrywaniu przypadków szczególnie ciężkich z septyczną wydzieliną z nosa i jamy ustnej winna pielęgniarka nakładać gumowe rękawiczki, nie ufając już nawet myciu doraźnemu rąk. Obfite oświetlenie i nasłonecznienie sali przyczyni się też w znacznej mierze do dezynfekcyi samego pomieszczenia. Wypuszczanie chorych, uznanych za niezaraźliwych, odbywa się w sposób następujący: w przededniu wypisania pielęgniarka zabiera dziecko na wózek z sali i przewozi je na korytarz wewnętrzny naprzeciwko piątej separatki — tam dokonywa dezynfekcyi spirytusem włosów, małżowin usznych i zewnętrznego przewodu usznego, poleca dokładne wypłukanie jamy ustnej i gardzieli lub przestrzykuje gardło, poczem dotyka

migdały tamponikiem, zmaczanym w jodynie z gliceryną, do nosa zapuszcza maść borną z mentolem, zdejmuje z dziecka bieliznę i zawija w czyste prześcieradło, włosy zaraz po umyciu spirytusem zawiązuje chusteczką. Po zawinięciu dziecka w prześcieradło, umieszcza je w separatce czwartej, którą zarezerwować należy zawsze dla celów oddzielania dzieci, przeznaczonych do wypisania, tak aby w przeddzień wypisania nie byli już w otoczeniu innych chorych. W sam dzień wypisania pielęgniarka jeszcze raz dokonywa dezynfekcyi, uwzględniając tym razem ręce i stopy, zwłaszcza, dokonywając dokładnej dezynfekcyi paznogci. Na godzinę przed zabraniem do domu dziecko przewozi pielęgniarka przez t. zw. czysty korytarz, odbiegający pod kątem prostym od korytarza, stanowiącego dalszy ciąg sali chorych, do kąpieli wypisowej—korytarz ten uważać będzie można za czysty, przenoszeni przez niego będą bowiem tylko chorzy na opatrunki do salki operacyjnej, zawinięci zawsze w czyste prześcieradło. Poza tem z korytarza tego wychodzą na lewo pokój sypialny służących i laboratoryum pawilonowe, na prawo 2 pokoje pielęgniarek i pomieszczenia sterylizacyjne i operacyjne; korytarz zaraz za kąpielowym pokojem wypisowym przedzielony jest ścianą oszkloną i tworzy tym sposobem przytykający do czystego wejścia przedsionek, do którego wejść może zzewnątrz tylko lekarz, pielęgniarka, wracająca w czystem ubraniu z miasta, i rodzice, wezwani do zabrania zdrowego już dziecka. Dziecko, wykąpane i osuszone, przenosi pielegniarka do przytykającej ubieralni, dokąd wejść mogą już rodzice i ubrać dziecko sami w czystą bieliznę i ubranie. Do ubieralni z przedsionka urządzono przejście wązkim korytarzykiem, z którego nalewo wchodzi się do rozbieralni, naprawo do umywalni lekarskiej. Z ubieralni wychodzą rodzice z dzieckiem przez czysty przedsio nek wprost nazewnątrz na ulicę asfaltowaną szpitalną i stamtąd ulicą szpitalną do ulicy Leszno. (Dzieci, zabierane z pawilonu w okresie zaraźliwym, wypuszczane są tem samem wejściem, którem przyjmowane są dzieci na pawilon, i wypuszczane przez bramkę od ulicy asfaltowanej szpitalnej wprost na ulicę Żytnią; do ulicy Leszno przez ulicę szpitalną jest im przejście wzbronione). Lekarz, wchodzący czystem wejściem do pawilonu z przedsionka, wchodzi na prawo do gabinetu,

gdzie pozostawia wierzchnie ubranie, a stąd do wspomnianej wyżej umywalni, gdzie się przebiera w przygotowany już fartuch, nakłada czapkę płócienną na głowę i naciąga na buty płócienne nogawki, wychodzi przez wspomniany wyżej korytarzyk do korytarza czystego i dalej do pawilonu. Gdy wraca z wizyty pawilonowej, wiesza fartuch na przeznaczonem do tego wieszadle, zdejmuje czapkę i nogawki. W umywalni myje twarz i ręce, uszy dezynfekuje spirytusem. Fartuch lekarz otrzymuje codziennie świeży; ponieważ po jednorazowem użyciu oddawanie fartucha do prania byłoby nieekonomiczne i kłopotliwe, pielęgniarka posiada zawsze zapas fartuchów na 2—3 dni, a nagromadzone przez ten czas fartuchy oddaje do dezynfekcyi formalinowej i otrzymuje je z powrotem. Ubieranie się lekarza w ten sam codziennie fartuch, dopóki makroskopowo się nie zabrudzi, urąga wszelkim prawidłom aseptyki. Pożądane by było, aby i pielęgniarki jaknajczęściej zmieniały fartuchy, chociaż w tym wypadku wobec tego, że nakładają one fartuchy na ubranie, wyłącznie używane w pawilonie, nie odgrywa to już tak ważnej roli, jak u lekarza. Pielęgniarka, wychodząc z pawilonu na miasto, pozostawia mundur w swoim pokoju, w specyalnym płaszczu przechodzi następnie do kąpieli wypisowej; tam bierze kąpiel, dezynfekuje się, poczem w przyległej ubieralni nakłada ubranie, które wolno jej przechowywać jedynie w znajdującej się tam szafce. To samo czyni służba, wychodząc na miasto dla korzystania z urlopu. Pielęgniarka, opuszczając oddział na stałe, postępuje w ten sam sposób z tą różnicą, że rzeczy, pozostające w jej pokoju, idą do dezynfekcyi. Wydaje nam się, że zarządzenia nasze względem wypuszczanych z pawilonu chorych są wystarczające i celowe, naturalnie z tem zastrzeżeniem, że, ponieważ nie posiadamy pewnego środka dla zdezynfekowania jamy ustnej i jamy nosogardzielowej dziecka i nie możemy, nie znając zarazków płonicy, stwierdzić, jak to możemy uczynić u chorych błoniczych, czy dany osobnik jest, czy już nie jest roznosicielem zarazków — narażeni być zawsze możemy na przykre niespodzianki. Na to nie ma innej rady, jak utworzenie przez miasto domów izolacyjnych, w których zarówno chorzy, opuszczający szpitale zakaźne, jak i chorzy, w których mieszkaniu dokonywa się dezyn-

fekcya, mogliby przebyć kwarantannę w przeciągu 8—14 dni, nim się połączą ze zdrowem swem rodzeństwem. Małe takie pawiloniki izolacyjne mogłyby być urządzane przy każdym szpitalu dla chorych szpitalnych. W naszym szpitalu, o ile miasto dokupi sąsiedni plac i umożliwi szpitalowi dalszy rozwój, taki pawilon, urządzony systemem izolacyi osobniczej, mógłby być na nowym placu urządzony — byłby bardzo pożądany. W obecnych warunkach moglibyśmy niekiedy używać na ten cel stacyi obserwacyjnej, aczkolwiek przeznaczenie jej jest inne, i prawdopodobnie, jako właściwa stacya obserwacyjna i jako pawilon izolacyjny dla wybuchających wśród chorych szpitalnych chorób zakaźnych, dla których szpital nie posiada oddziałów (odra, ospa wietrzna), będzie tak często zapełniony, że na cele wzmiankowane w wyjątkowych chyba wypadkach mógłby być obracanym.

Wspomnieć już tylko muszę na zakończenie, że szpital posiada wzorowo urządzoną kamerę dezynfekcyjną, bez której nie możnąby sobie wyobrazić wypełnienia należytego przepisów odkażania rzeczy chorych i pościeli w szpitalu.

Nie ograniczyłem się do suchego opisu gmachów i urządzeń szpitalnych, lecz przytoczyłem zasady, jakiemi się kierowałem przy urządzaniu szpitala, uważam bowiem, że w tem świetle dopiero staną się zrozumiałe usiłowania stworzenia instytucyi jednolitej w idei i programie działalności, instytucyi, która dzięki wypływającej z umiłowania i zrozumienia sprawy ofiarności fundatorki, sięgać może śmiało po godność instytucyi wzorowej.

Śmiertelność w płonicy a wiek dzieci.

Podał

Dr Władysław Schoenaich.

Ustalenie odpowiedniego rokowania w płonicy stanowi jedno z najtrudniejszych zadań lekarza, i dla tego też każdy szczegół, który może pomódz nam przy ocenie stanu dziecka, chorego na płonicę, ma wielkie znaczenie praktyczne. Na jeden taki szczegół, a mianowice na wpływ wieku dziecka na przebieg płonicy chcę zwrócić uwagę.

O innych chorobach zakaźnych, jak: o krztuścu, odrze dławcu krtani, wiemy i stale się z tem liczymy, że przebiegają one u dzieci, małych cięższej, niż u dzieci starszych i to głównie z tego powodu, że u pierwszych częściej występują różne powikłania i choroby następcze, które u dzieci w wieku do lat trzech mają zazwyczaj przebieg ciężki.

W płonicy dzieci umierają w znacznej większości przypadków nie od chorób następczych, lecz od samego zakażenia płoniczego, względnie płoniczo-posocznicowego w ostrym, gorączkowym okresie choroby. Jednak i w tej chorobie zejście zależy w znacznej mierze od wieku dziecka. O wpływie wieku na przebieg płonicy wielu autorów, jak: Heubner, Moser, Pirquet, Escherich-Schick, Feer i inni, omawiając rokowanie w płonicy zazwyczaj tylko w kilkunastu wyrazach, wspominają o wpływie wieku na przebieg tej choroby; nie podkreślają należycie ważności tego szczegółu przy ustalaniu rokowania i nie podają liczbowych danych.

Pracy, która, opierając się na dużym materyale, ujęłaby tę kwestyę w liczby i z liczb wyprowadziła odpowiednie wnioski, nie spotkałem w literaturze pedyatrycznej, i dla tego omawiam obecnie tę sprawę szczegółowo na podstawie materyału ze szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Materyał nasz obejmuje 1606 przypadków płonicy, spostrzeganych w szpitalu od listopada 1905 r. do kwietnia 1913 r., i pochodzi z różnych epidemii o różnem nasileniu pod względem jakościowym i ilościowym, zatem wpływy „charakteru" poszczególnych epidemii wzajemnie niwelują się.

Wśród 1606 dzieci, chorych na płonicę, zmarło 392 dzieci, czyli 24,4%.

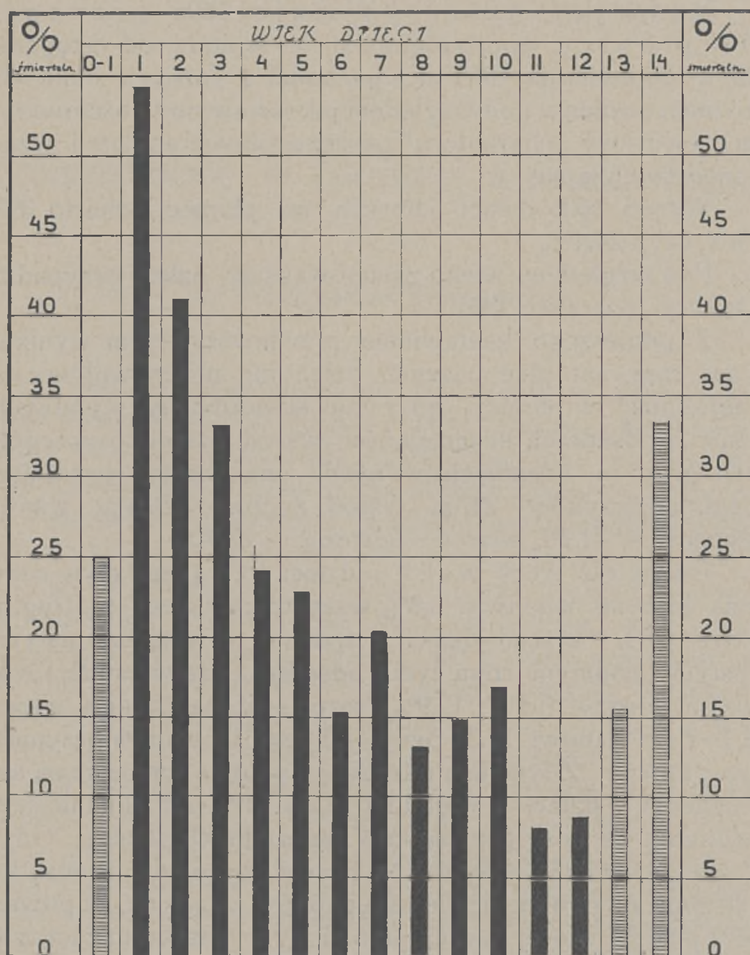
Pod względem wieku zgrupowaliśmy nasze przypadki w tablicy (patrz str. 146).

Z poniższego zestawienia przedewszystkiem wynika, że ani rasa, ani płeć naszych dzieci nie miały wpływu na śmiertelność w płonicy, gdyż nie stwierdzamy wybitnych różnic w odsetkach śmiertelności wśród dzieci poszczególnych grup: w odsetkach wynosiła ona wśród chrześcian (wzgl. aryjczyków) 24,1%, wśród żydów — 26,0%; wśród chłopców — 24,9%, wśród dziewcząt — 23,9%.

Co się zaś tyczy wieku dzieci, to w pierwszym roku życia leczono zaledwie 0,8% wszystkich dzieci, w drugim roku — 5,7%. Wśród dzieci w trzecim, czwartym, piątym, szóstym, siódmym roku życia odsetki są prawie stałe i wahają się między 10,3% i 12,9%: razem—liczba dzieci w wieku od 2—6 lat stanowi 57,3% ogólnej liczby leczonych przypadków płonicy. Z wiekiem odsetki stopniowo zmniejszają się i dochodzą u dzieci w wieku lat 14 do 1,1%. Zupełnie inaczej zachowuje się ilość przypadków śmiertelnych płonicy. Gdyby wiek dzieci nie wpływał na zejście w płonicy, to odsetki, obliczone na ogólną liczbę przypadków zmarłych, odpowiadałyby mniej więcej wyżej omówionym odsetkom zachorowań, obliczonym na ogólną liczbę dzieci leczonych. Tak nie jest. Przeciwnie stwierdzamy znaczne różnice: gdy u starszych dzieci odsetki śmiertelności są stale mniejsze, niż odsetki zachorowań, to u dzieci w wieku od 1—3 lat odsetki śmiertelności są znacznie większe, niż odsetki zachorowań. Liczba dzieci, leczonych w wieku od 1—3 lat, stanowi 28,2%

ogólnej liczby przypadków płonicy, liczba zaś dzieci zmarłych w wieku od 1—3 lat wynosi 46,6% wszystkich przypadków śmiertelnych.

ŚMIERTELNOŚĆ W PŁONICY



Już powyższe dane wyraźnie świadczą o wpływie wieku na śmiertelność w płonicy. Jeszcze jaśniej uwydatni się ten wpływ, jeżeli porównamy odsetki śmiertelności u dzieci różnego wieku, obliczone na liczbę przypadków płonicy w poszczególnym wieku. Tu zachodzą wielkie różnice.

Odsetki śmiertelności wahają się w bardzo szerokich granicach: poczynając mianowicie od 54,3% wśród jednorocznych dzieci, śmiertelność stopniowo, z pewnemi wahaniami, zmniejsza się i dochodzi do 8,1%—8,8% u dzieci w wieku lat 11—12, czyli, innymi wyrazami, gdy w 2-gim roku życia umiera co 2-gie dziecko, to w 11—12 roku umiera co 11—12 dziecko, chore na płonicę.

Rozumie się, że liczby powyższe nie mają znaczenia bezwzględnego, lecz tylko w stosunku do danych warunków: w innych warunkach (w innej miejscowości, czasie, podczas innych epidemii) różnica między najwyższemi i najniższemi odsetkami śmiertelności może być większą lub mniejszą, niż wyżej podana.

Na zasadzie naszego materyału stwierdzamy, że największą śmiertelność daje płonica u dzieci w wieku od 1—3 lat (wśród naszych dzieci wahała się od 33,2%—54,3%); następnie, jeszcze bardzo dużą śmiertelność, znacznie różniącą się od śmiertelności wśród dzieci starszych, spotykamy u dzieci w pierwszym roku życia i u dzieci w wieku od 4—5 lat (odsetka śmiertelności wahała się od 22,9%—25,0%). Śmiertelność u dzieci w pierwszym roku życia wśród naszych pacyentów była mniejszą, niż u dzieci w wieku od 1—3 lat. Czy to tylko jest rzeczą przypadku, możliwą omyłką z powodu zbyt małego materyału (tylko 12 przypadków płonicy), czy też faktycznie śmiertelność w tym wieku jest mniejszą — tę sprawę mogą rozstrzygnąć tylko dalsze badania, oparte na większym materyale. Można jednak przypuścić, że faktycznie śmiertelność w płonicy u dzieci w pierwszym roku życia jest mniejsza, niż u dzieci w wieku lat 1—3, gdyż wiadomą jest rzeczą, że dzieci te są wogóle bardzo odporne na zarażenie się płonicą i że wobec tej wrodzonej odporności nawet dzieci, które zapadły na tę chorobę, mogą ją łatwiej zwalczyć.

Z naszej statystyki wypada, że śmiertelność znów się zwiększa u dzieci w wieku lat 13—14. I w tym wypadku, z powodu małego materyału (32 i 18 dzieci), nie możemy się stanowczo wypowiedzieć, tylko dalsze badania statystyczne

mogą tę sprawę rozstrzygnąć, Na zasadzie osobistego doświadczenia nie tylko szpitalnego, lecz i z praktyki prywatnej możemy powiedzieć, że stwierdzaliśmy przebieg płonicy wśród tych dzieci zupełnie łagodny, albo, stosunkowo często, przebieg bardzo ciężki, i przypuszczamy, że, jak to wynika z naszej statystyki, śmiertelność w płonicy, wogóle, u tych dzieci może być większą, niż u dzieci nieco młodszych.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, możemy wyprowadzić następujące wnioski:

Największą śmiertelność w płonicy stwierdzamy u dzieci w drugim, trzecim i czwartym roku życia, i dla tego też rokowanie u dzieci w tym wieku jest, caeteris paribus, gorsze.

Przy ocenie ogólnego charakteru epidemii płonicy na zasadzie odsetki śmiertelności w danym szpitalu, klinice lub miejscowości należy brać pod uwagę prócz innych warunków jeszcze i wiek dzieci leczonych, gdyż przy łagodnym nawet ogólnym charakterze epidemii odsetki śmiertelności mogą być w pewnej instytucyi lub szpitalu znacznie większe, niż gdzieindziej, a to zależnie od liczby chorych dzieci w wieku, dającym największe odsetki śmiertelności.

ŚMIERTELNOŚĆ W PŁONICY.

Wiek	CHRZEŚCIJANIE						ŻYDZI						Chłopcy		Dziewcz.		Ogólna liczba dzieci					Wiek
	Leczono			Zmarło			Leczono			Zmarło			Leczono	Zmarło	Leczono	Zmarło	Leczono		Zmarło			
	Chł.	Dziewcząt	Razem	Chł.	Dziewcząt	Razem	Chł.	Dziewcząt	Razem	Chł.	Dziewcząt	Razem					Razem	%	Razem	% og. licz. zmarłych	% na licz. lecz w posz. wieku	
0-12 m	5	3	8	2	0	2	3	1	4	0	1	1	8	2	4	1	12	0.8	3	0.8	25.0	0-12 m
1 rok	31	42	73	16	18	34	9	10	19	8	8	16	40	24	52	26	92	5.7	50	12.8	54.3	1 rok
2 lata	67	65	132	26	24	50	18	16	34	9	9	18	85	35	81	33	166	10.3	68	17.3	41. 0	2 lata
3 „	86	77	163	33	25	58	16	17	33	3	4	7	102	36	94	29	196	12.2	65	16.5	33. 2	3 „
4 „	89	82	171	21	21	42	19	17	36	3	5	8	108	24	99	26	207	12.9	50	12.8	24. 2	4 „
5 „	65	78	143	13	21	34	23	9	32	5	1	6	88	18	87	22	175	10.9	40	10.2	22 9	5 „
6 „	86	62	148	15	6	21	18	11	29	1	5	6	104	16	73	11	177	11.0	27	6 9	15. 3	6 „
7 „	64	51	115	18	8	26	8	6	14	1	0	1	72	19	57	8	129	8 0	27	6.9	20.9	7 „
8 „	54	50	104	8	6	14	10	10	20	0	2	2	64	8	60	8	124	7.7	16	4.1	12,9	8 „
9 „	35	43	78	4	9	13	8	8	16	1	0	1	43	5	51	9	94	5.9	14	3.5	14. 9	9 „
10 „	28	30	58	5	5	10	3	4	7	1	0	1	31	6	34	5	65	4.0	11	2.8	16.9	10 „
11 „	25	29	54	3	2	5	2	6	8	0	0	0	27	3	35	2	62	3.9	5	1.3	8.1	11 „
12 „	22	28	50	3	1	4	4	3	7	0	1	1	26	3	31	2	57	3.6	5	1.3	8.8	12 „
13 „	10	17	27	1	3	4	3	2	5	1	0	1	13	2	19	3	32	2.0	5	1.3	15.6	13 „
14 „	6	7	13	3	2	5	2	3	5	0	1	1	8	3	10	3	18	1 1	6	1.5	33.3	14 „
Raz.	673	664	1337	171	151	322	146	123	269	33	37	70	819	204	778	188	1606	100 0	392	100.0		
%	Odsetka śmiertelności 24.1%						Odsetka śmiertelności 26%						Odsetka śmier. 24.9		Odsetka śmier. 23.9		Odsetka śmiertelności 24.4					%

Śmiertelność w płonicy a wiek dzieci, leczonych w szpitalu dla dzieci starozakonnych w Warszawie od 1904—1913 r.

Podał

A. Koral.

W ostatniem dziesięcioleciu (od 1904 do 1913 r.) leczonych było w szpitalu na płonicę dzieci, od 2 do 12 roku. ogółem 911, w szczególności zaś:

w 1904 r.	76;	zmarło 17;	odsetka	śmiertelności	22,3%
„ 1905 „	83	„ 15	„	„	18%
„ 1906 „	120	„ 27	„	„	22,5%
„ 1907 „	46	„ 10	„	„	21,6%
„ 1908 „	70	„ 12	„	„	17,2%
„ 1909 „	32	„ 3	„	„	9,5%
„ 1910 „	113	„ 18	„	„	16%
„ 1911 „	140	„ 23	„	„	16,5%
„ 1912 „	100	„ 11	„	„	11%
„ 1913 „	131	„ 17	„	„	13%

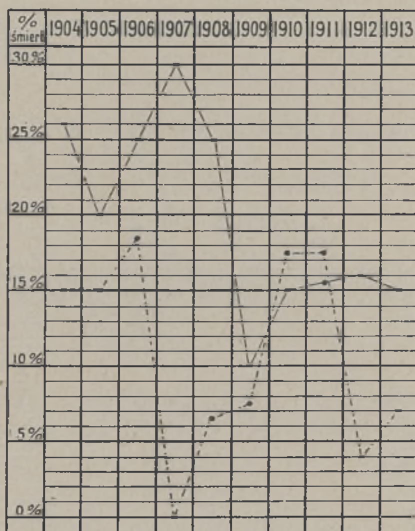
Jeżeli podzielimy chorych powyższych na dwie grupy, mianowicie: na dzieci od 2 do 5 lat (541 chorych) i od 5 do 12 lat (370 chorych), to odsetka śmiertelności według kolejno idących lat przedstawia się, jak następuje:

w 1904 r.	dla	1-ej	grupy	(2—5)	26%,	dla	2-ej	(5—12)	15%
„ 1905	„	„	„	„	20%	„	„	„	15%
„ 1906	„	„	„	„	25%	„	„	„	18,5%
„ 1907	„	„	„	„	30%	„	„	„	0%
„ 1908	„	„	„	„	25%	„	„	„	6,5%
„ 1909	„	„	„	„	10%	„	„	„	7.6%
„ 1910	„	„	„	„	15%	„	„	„	17,5%
„ 1911	„	„	„	„	15%	„	„	„	17,5%
„ 1912	„	„	„	„	16%	„	„	„	4%
„ 1913	„	„	„	„	15%	„	„	„	7%

Krzywą, ilustrującą przytoczone cyfry, podajemy niżej.

Krzywa Nr 1.

——— śmiertelność u dzieci od 2 do 5 lat
.... „ „ „ 5 „ 12 „



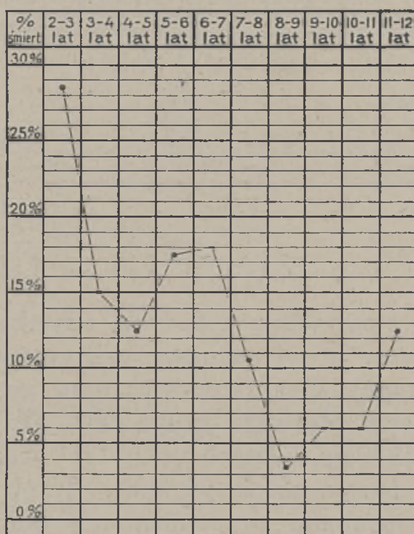
Jak widać z powyższych danych, odsetka śmiertelności u dzieci pierwszej grupy znacznie przewyższa naogół odsetkę grupy drugiej. Charakterystycznym jest tu zwłaszcza 1907 r., w którym pierwsza grupa dała 30% śmiertelności, druga — 0%. Jedynie w latach 1910 i 1911 grupa druga dała śmiertelność o parę odsetek wiekszą. Jeżeli zaś w wyniku ostatecznym weźmiemy przeciętną odsetkę śmiertelności w ciągu całego dziesięciolecia dla każdej grupy oddzielnie, to w pierwszej otrzymamy 19,7%, w drugiej—10,6%, czyli innemi słowami śmiertelność u dzieci płoniczych w wieku od 2 do 5 lat jest prawie dwa razy większą, niż u takichże dzieci w wieku od 5 do 12 lat.

Jeżeii wreszcie obliczymy przecietną odsetkę śmiertelności w ostatniem dziesięcioleciu dla każdego roku życia dziecka oddzielnie, to otrzymamy następujące cyfry:

w wieku	od	2 do 3	lat	przec.	odsetka	śmiert.	wynosiła	28,5%
„	„	3— 4	„	„	„	„	„	15%
„	„	4— 5	„	„	„	„	„	12,4%
„	„	5— 6	„	„	„	„	„	17,2%
„	„	6— 7	„	„	„	„	„	18%
„	„	7— 8	„	„	„	„	„	10,5%
„	„	8— 9	„	„	„	„	„	3,3%
„	„	9—10	„	„	„	„	„	6%
„	„	10—11	„	„	„	„	„	6%
„	„	11—12	„	„	„	„	„	12,5%

co poglądowo wykazuje poniższa krzywa.

Krzywa Nr 2.



Z danych powyższych okazuje się, że największa śmiertelność przypada na dzieci najmłodsze, w wieku od 2 do 3 lat, poczem odsetka śmiertelności obniża się znacznie, by znowu, aczkolwiek w niewielkim stopniu, podnieść się pomiędzy 5—7 rokiem; poczynając od tego roku, śmiertelność obniża się w szybkiem tempie, podnosząc się około 12 roku życia, czyli ku schyłkowi wieku dziecięcego — w przełomowym jego okresie.

Ze szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie (Lekarz naczelny dr. J. Brudziński). Z oddziału chirurgicznego (Ordynator dr. Wacław Łapiński).

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

Przypadek płodowego zboczenia wzrostu chrząstek (Chondrodystrophia foetalis, Mikromelia, Achondroplasia), powikłany objawami nabytego obrzęku śluzowatego.

Podała

Dr Jadwiga Bukowska,
intern szpitala.

M. W., 9 lat, przybyła do szpitala naszego w połowie listopada 1913 r., skierowana przez d-ra W. Łapińskiego, który stale obserwuje chorą od ósmego dnia życia.

Wywiad: rodzice młodzi; ojciec cierpiał na artretyzm, u matki stwierdzono zmiany w szczytach płuc; dziecko przyszło na świat w 25 roku życia matki. Poród normalny. Prócz M. żyje jej siostrzyczka zupełnie zdrowa. Było 1 poronienie. Ząbkować zaczęła w 6 mies., mówić w 11 mies. Zaraz po urodzeniu zauważono u dziecka nieprawidłowości kończyn dolnych: były one nieproporcyonalnie krótkie; stopy znajdowały się w ustawieniu wybitnie końsko-szpotawem—w zniekształconych stawach kolanowych stwierdzono ruchy nieprawidłowe, goleń bowiem można było z łatwością ustawić w stosunku do uda pod kątem prostym nie tylko ku tyłowi, lecz i ku przodowi, ku zewnątrz oraz ku wewnątrz; ruchy natomiast w stawach biodrowych, zwłaszcza ruch odprowadzający — były ograniczone.

Zdjęcie Roentgen'owskie, wykonane w 9 dni po urodzeniu, wykazało, że górne odcinki kości udowych znajdowały się znacznie wyżej od panewek i były pozbawione główek, szyjki zaś miały kierunek pionowy, tworząc bezpośrednie przedłużenie trzonów kości udowych (Luxatio coxae congenita bilateralis, Defectus utriusque capitis femoris, Coxae

valgae cong.). W stawach kolanowych radyogram stwierdził całkowite zwichnienie goleni ku zewnątrz (Luxatio congenita utriusque genu), na stopach wybitne ustawienie końskoszpotawe (Pedes equino-vari). Wszystkie dopiero co za-



Fig. 1.

znaczone zmiany występują nader dobitnie na załączonym radyogramie (Fig. 1, zdjęcie kol. J u d t a), wykonanym w końcu 2-go roku życia dziecka.

W celu poprawienia, w miarę możności, stanu kończyn dolnych, przedsiębrano kolejno szereg zabiegów operacyjnych. Wykonano na jednej kończynie prostowanie stopy (redressement) według Lorenz'a (tenotomia tend. Achillis), lecz rychło nastąpił nawrót; próbowano odprowadzić zwichnienie w stawie biodrowym, lecz brak główki kości udowej oraz pionowe ustawienie szyjki stanęły na przeszkodzie. Wreszcie, na stopie lewej w r. 1908 wykonano wycięcie klinowe kości stępu (Tarsectomia cuneiformis), a w r. 1909 to samo na stopie prawej. Stan stóp, zwłaszcza zaś prawej, o tyle się poprawił, że dziecko, zaopatrzone w podtrzymujące przyrządy ortopedyczne, które zarazem hamowały nadmierne ruchy w stawach kolanowych, zaczęło chodzić za krzesłem, później zupełnie samodzielnie.

W r. 1909 przechodziła chora prawostronne zapalenie płuc i w tym czasie zaczęła niepomiernie tyć. W latach 1911 i 1912 stosowano tyreoidynę bez widocznego wyniku. W ostatnich miesiącach zauważono ogólne osłabienie przy wciąż wzrastającej tuszy, dziecko przestało chodzić, a od 6 tygodni przyłączyło się znaczne osłabienie mięśni tułowia i kończyn górnych: dziecko nie może siedzieć, ręce unosi nieznacznie i z wielkim wysiłkiem. Jednocześnie rodzice stwierdzili pewne, nawet dość znaczne osłabienie władz umysłowych, gdy uprzednio rozwój umysłowy odbywał się normalnie, był nawet nieco przyśpieszony—zaczęła czytać w 6 r. życia, uczyła się bardzo dobrze,—obecnie np. nie może rozwiązywać zadań arytmetycznych, co dawniej przychodziło jej z łatwością.

Stan obecny (połowa listopada r. 1913). Dziecko ma wygląd potworny, kształty niezwykle wybujałe: fałdy i wałki tworzą się na brzuchu, na klatce piersiowej i szczególnie na kończynach dolnych, niezwykle krótkich. Jak z fotografii widać (Fig. 2), tułów ma normalną prawie długość, tak samo kończyny górne, dolne zaś wykazują znaczną krótkość w stosunku do normalnej długości kończyn dolnych w tym wieku i w stosunku do wzrostu danego dziecka. Obrzmienie kończyn dolnych jest niezwykłe; jak wskazują niżej podane wymiary, prawe udo znacznie grubsze, niż lewe. Stawy kolanowe wiotkie, ruchy bierne nie ograniczone żadnym oporem części kostnych lub wiązadeł, możliwe we

wszelkich kierunkach, fizyologicznie nieprzewidzianych, kończyna opisać może koło. Stać i chodzić dziecko nie może, unieść się z poduszki i trzymać równo główkę nie jest w stanie. Jest przytomna i rozwinięta umysłowo: czyta, na

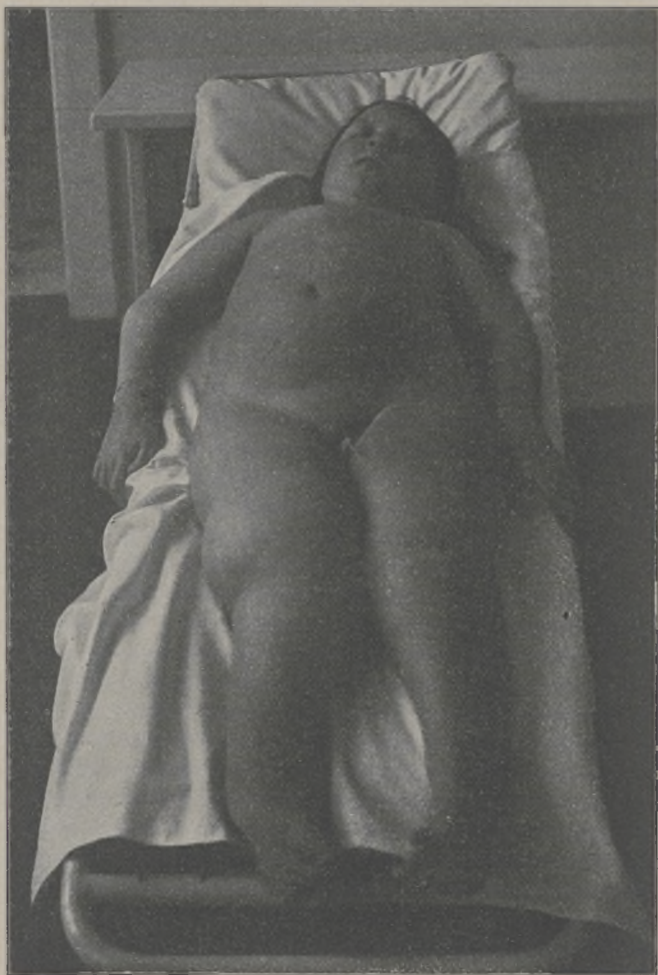


Fig. 2.

zapytania odpowiedzi daje jasne i właściwe. Musi być karmiona, gdyż kończyny górne są bezwładne—łyżki podnieść i utrzymać w dłoni nie jest w stanie. Mocz i stolec oddaje pod siebie.

Długość ciała wynosi 113 cm.; od ciemienia do spojenia łonowego — 65 cm; od spojenia do podeszew 48 cm., zatem długość kończyn dolnych stanowi 42,5% ogólnej długości ciała, podczas gdy normalnie dla dziecka tego wieku wynosić winna 56—60%. Nieproporcyonalny jest też stosunek wymiarów obwodu czaszki do długości ogólnej ciała — stanowi ona 47,7% wobec normalnego stosunku 30—36%. Obliczenia robiono metodą Breus'a i Kolisko.

Długość prawej dolnej kończyny 47, lewej—49. Obwód dolnej $^1/_3$ prawego uda $53^1/_2$, lewego—$45^1/_2$.

Górnej $^1/_3$	prawej goleni	38 cm.,	lewej—$36^1/_2$
w $^1/_2$	„ „	$27^1/_2$ „	„ 27
dolnej $^1/_3$	„ „	23 „	„ 23.

Obwód klatki piersiowej — 70 cm.

„ brzucha na wysokości pępka—75 cm.

„ bioder—$90^1/_2$ cm.

„ szyi—31 cm.

Skóra gładka, sucha, o ciepłocie nieco niskiej.

Odczyn tuberkulinowy Pirquet'a ujemny. Gruczoły chłonne i tarczyca niewyczuwalne. Migdałki nieco powiększone, błony śluzowe o normalnem zabarwieniu. Prawy górny i lewy dolny kły—mleczne, lewego górnego kła brak, prawy dolny—zaczątkowy. Zęby nierówne, siekacze frendzelkowate.

Tętno—98.

Mocz—alkaliczny, cięż. wł. 1021; zawiera minimalne ślady białka, indykan. W osadzie pojedyncze leukocyty i nieliczne płaskie nabłonki.

Krew: wskaźnik hemoglobiny metodą Sahli'ego—80%, czerwonych krwinek — 5.800.000, białych — 6,300; formuła: wielojądrowe leukocyty i nieliczne duże limfocyty.

Zdjęcie Roentgen'owskie dłoni, zrobione w Roentgen'owskiej pracowni szpitalnej (Fig. 3), wykazuje, że wszystkie nasady są nieprawidłowe. Kości dłoni są zgrubiałe, linii kostnienia nierówne, zazębione, a głównie przedwczesne zrośnięcie nasad kości śródręcza. Małe kostki są wszystkie rozwinięte, co świadczy o przedwcześnie odbywającym się przebiegu kostnienia. Typ dłoni embryonalny, gdyż kości śródręcza zbyt są odległe od siebie, szczególnie to się zaznacza na kości IV i V, które normalnie w dolnych swych

częściach winny się schodzić. Kości paliczków i śródręcza są kolbowato rozdęte w częściach obwodowych. Na poniższym radyogramie są wyraźnie uwydatnione beleczki kostne w kościach śródręcza oraz palców.



Fig 3.

Jedno z licznych zdjęć Roentgen'owskich posiada nader charakterystyczną dla danego schorzenia blaszkę okostną, przebiegającą wpoprzek całego trzonu kości goleniowej po-

wyżej nasady. Nieliczne przypadki podobne opisane są przez Bayon'a, Diderle'go, Kaufmann'a.

Rozpoznanie w danym przypadku wobec tak licznych i charakterystycznych cech nie przedstawia trudności: krótkość kończyn dolnych, liczne zboczenia rozwojowe w stawach, nieprawidłowości w budowie nasad i chrząstek, stwierdzone za pomocą zdjęć radyograficznych—oto zespół objawów nader znamiennych dla rzadkiego upośledzenia wrodzonego, jakiem jest t. zw. Achondroplasia według terminologii Parrot'a lub Chondrodystrophia według Kaufmann'a. Stale zaś zwiększającą się ilość podskórnej tkanki tłuszczowej o typie luźnym obrzękowym należy uznać za dość często spotykane powikłanie omawianego zboczenia, a mianowicie za nabyty obrzęk śluzowaty.

Pod względem leczniczym stosowano tyreoidynę Burrouhgs & Wellcome po $^1/_2$ pastylki à 0.10 dziennie i dyetę z usunięciem początkowo białka, a następnie węglowodanów; ostatecznie dołączono sperminę Poehl'a.

Stan ogólny zaczął się poprawiać o tyle, że bezwłady znacznie się zmniejszyły: przedmioty utrzymuje w dłoni, ręce podnosi do góry, robi robótki i rysuje; główkę trzyma dobrze i sama się podnosi z poduszki, chociaż jeszcze z trudnością.

Zabrano ją do domu 14 grudnia 1913 r.; zalecono stosowanie dalsze leczenia powyżej wskazanego.

OCENY
i notatki bibliograficzne.

W a l t e r B i r k. **„Leitfaden der Säuglingskrankheiten"**. Bonn. Nakład M a r k u s'a i W e b e r'a, r. 1914; str. 256, rycin 25.

Książka, w przeciwieństwie do wyczerpujących i obszernych dzieł F i n k e l s t e i n a, L e s a g e'a i innych, stanowi krótki podręcznik chorób niemowląt, przeznaczony głównie dla studentów i lekarzy praktyków. Zgodnie z przeznaczeniem, autor szczegółowo omawia symptomatologię i leczenie chorób niemowląt, teoretyczne zaś sprawy porusza tylko o tyle, o ile to okazuje się niezbędnem dla zrozumienia pewnych postaci chorobowych. Rozumie się, że najobszerniej (na 118 str.) autor omawia zaburzenia w odżywianiu, które, jako uczeń C z e r n e g o, dzieli podług wskazań tego ostatniego, ustalając kategorye następujące: 1) zaburzenia e x a l i m e n t a t i o n e, 2) zaburzenia e x i n f e c t i o n e i 3) zaburzenia e x c o n s t i t u t i o n e. Do tej ostatniej grupy zalicza skazę wysiękową, krzywicę, niedokrwistość, psycho- i neuropatyę. W dziale tym główną uwagę B. zwraca na leczenie dyetetyczne, usuwając leczenie farmakologiczne, zgodnie z poglądami C z e r n e g o i większości pedyatrów niemieckich, na ostatnie miejsce. Z innych działów względnie dużo miejsca autor udziela chorobom dróg oddechowych i tu, jak i przy innych chorobach, nie gardzi nawet podawaniem recept. Ostre choroby zakaźne autor omawia na 3 stronicach i stylem telegraficznym zwraca uwagę tylko na niektóre właściwości w przebiegu tych chorób w wieku niemowlęcym. Jako wadę podręcznika należy wymienić brak zupełny działu chorób skóry, gdyż tylko o kilku schorzeniach skóry autor wspomina przy omawianiu objawów skazy wysiękowej. Należy podnieść ładne wydanie książki, bardzo czytelny druk i pouczające ryciny. *Władysław Schoenaich.*

A. L e s a g e. **La scarlatine**. Paryż, 1911. Nakład M a s s o n'a i sp. Str. 158. (Wydawnictwo „Encyclopédie scientifique des aide-mémoire").

Monografia L e s a g e'a stanowi ciekawy i oryginalny przyczynek do badań nad patologią płonicy, zapoznając nas z odmiennymi

od ogólnie dotąd przyjętych poglądami autora na kwestyę zaraźliwości płonicy oraz doniosłości niektórych, dotąd niedocenionych lub inaczej interpretowanych, objawów w jej przebiegu klinicznym.

Nie przesądzając kwestyi właściwej etyologii płonicy, uważa ją Lesage za swoiste zakażenie ogólne ustroju, spowodowane przez nieokreślony dotąd co do swych właściwości biologicznych zarazek; paciorkowcom zaś przypisuje rolę przyczynową tylko w powstawaniu powikłań płonicy. Za najważniejszy i najcharakterystyczniejszy pod względem rozpoznawczym dla płonicy objaw autor uważa zmiany, zachodzące w jamie ustnej i gardzieli. Im też przypisuje znaczenie decydujące w sprawie ustalenia nie tylko rozpoznania, lecz i długotrwałości okresu zaraźliwości płonicy. Natomiast, objawy skórne, zdaniem autora, stanowią zjawisko dodatkowe, wtórne, wzgl. toksyczne, i same przez się, według niego, nie wystarczają do powzięcia decyzyi ani w jednym ani w drugim kierunku: z jednej bowiem strony brak wysypki nie wyklucza rozpoznania płonicy (scarlatina sine exanthemate), z drugiej — łuszczenia, zdaniem L., nie należy uważać za źródło szerzenia się zakażenia płoniczego.

Kwestyi zaraźliwości płonicy poświęca autor uwagę szczególną, omawiając ją bardzo dokładnie. Ostateczne wnioski autora w tej kwestyi dadzą się streścić w sposób następujący: płonica jest zaraźliwą od pierwszego dnia choroby; przenośnikiem zakażenia płoniczego w tym pierwszym okresie (le cycle bucco-pharyngé) jest wydzielina z nosa, ust i gardzieli chorego; okres zaraźliwości trwa dopóty, dopóki nie zakończy się cykl rozwoju zmian w jamie ustnej i nosowogardzielowej, co trwa przeciętnie do 2 tygodni. Na potwierdzenie powyższego przypuszczenia L. przytacza: 1) przypadki płonicy bez wysypki i bez następczego łuszczenia (la scarlatine „gutturale”), które w następstwie były punktem wyjścia dla typowej płonicy z wysypką; 2) pomyślne wyniki doświadczalne wywoływania zakażenia płoniczego drogą szczepienia śluzu z gardzieli osobników, chorych na płonicę (Stickler). W niektórych przypadkach wymienione objawy w jamie ustnej i gardzieli mogą trwać znacznie dłużej; prócz tego, należy mieć na uwadze, że zarazek płoniczy może być obecny przez czas dłuższy w jamach sąsiednich (w przypadkach cierpienia zatok i ucha środkowego); przypadki tego rodzaju stanowią źródło zakażeń późniejszych, przyczem Lesage w tych razach wyklucza udział łuszczenia w przenoszeniu zakażenia. Co się tyczy łuszczenia, to autor wogóle odmawia mu znaczenia pod tym względem, twierdząc kategorycznie, że same przez się łuski nie są zaraźliwe; na poparcie swego twierdzenia przytacza spostrzeżenia innych klinicystów (Gibson, Lemoine, Le Gendre, Barlow, Zilgien, A. Berger i Boisson, Comby) oraz ujemne wyniki doświadczeń ze szczepieniem łusek, podjętych przez takich autorów, jak: de Stoll, Miquel, Leroy d'Étiolles, Harwood, Ashmead i inni.

Wobec powyższego na możliwość przeniesienia płonicy na

odległość za pośrednictwem łusek Lesage zapatruje się bardzo sceptycznie, przypisując w danym razie rolę główną obecności w nich zeschniętego śluzu, zawierającego zarazek płoniczy. Za regułę uważa autor zakażenie bezpośrednie, t. j. zakażenie osób, bądź będących w bezpośredniem zetknięciu z chorym na płonicę, bądź stanowiących jego otoczenie najbliższe; natomiast nie może być, jego zdaniem, mowy o przenoszeniu zakażenia za pośrednictwem osób trzecich. Przechodząc do kliniki tego cierpienia, autor rozpatruje osobno postać płonicy czystą, nie powikłaną, oraz płonicę z powikłaniami w jej przebiegu. W symptomatologii pierwszej postaci przedewszystkiem zwraca szczególną uwagę na dokładne przedstawienie wyżej wymienionych objawów ustno-gardzielowych (les symptomes bucco-pharyngées), a więc języka i gardzieli. W zachowaniu się języka płoniczego odróżnia on cztery okresy, począwszy od języka, obłożonego na grzbiecie i czerwonego po brzegach (glossitis proliferans exfoliativa) i stopniowo przechodzącego w postać języka malinowego — do języka, nanowo pokrywającego się przybłonkiem i w ten sposób wracającego do normy. Okres ten trwa, zdaniem Lesage'a, w warunkach prawidłowego przebiegu przeciętnie 2 tygodnie; język, przedstawiający wygląd normalny, jest wskaźnikiem niezaraźliwości chorego, chociażby łuszczenie było w pełni swego rozwoju. Od powyższej normy przeciętnej zdarzają się jednak odchylenia: z jednej strony — daje się zauważyć skrócenie tego okresu, z drugiej —przedłużenie, dotyczące zwłaszcza okresu typowego malinowego języka (okres ten, według Lesage'a, może trwać do 30 dni). Faktem jednak jest, powiada on, iż, dopóki język jest zaczerwieniony bardziej, niż normalny, dopóki warstwa przybłonkowa na jego powierzchni nie osiągnie grubości normalnej, dopóki nie przestanie on mieć wyglądu języka, powleczonego przeświecającą warstwą przybłonkową, chory winien być uważany za zaraźliwego i wobec tego stale winien być odosobniony. To samo należy, zdaniem L., powiedzieć o gardzieli: i tu bowiem długotrwające zaróżowienie migdałków oraz obecność opalizującej i przeświecającej warstwy na ich powierzchni, dzięki czemu mają one wygląd zawoalowanych, świadczy również o zaraźliwości chorego.

Doniosłość powyższych objawów uwydatnia się jeszcze bardziej wówczas, gdy autor omawia objawy skórne — wysypkę i łuszczenie. Wychodząc z założenia, iż wysypka może występować w różnych okresach rozwoju zmian w jamie ustno-nosowogardzielowej, może jej wreszcie wcale nie być (la scarlatine fruste), Lesage nie radzi z ustaleniem rozpoznania płonicy wstrzymywać się do chwili wystąpienia wysypki, gdyż przez ten czas chory, nie będąc odosobnionym, może być źródłem zakażenia dla otoczenia; żąda więc izolacyi każdego, podejrzanego w tym kierunku, chorego. Drugi ważny szczegół w semiotyce płonicy, na który Lesage, zdaje się, pierwszy dotąd zwrócił uwagę, stanowi zachowanie się uryny w przebiegu tego cierpienia. Pomijając zmiany ilościowe

w zachowaniu się składników chemicznych moczu, które są ogólnie dobrze znane, L. zwraca uwagę na jego zielonkawe zabarwienie, występujące po ukończeniu pierwszego ostrego okresu płoniczego; i rzeczywiście, obserwując szpitalny materyał płoniczy, mogliśmy się przekonać, że prędzej lub później mocz, który przedtem był barwy mahoniowej, stopniowo staje się złocistym, a następnie zielonkawym, mętnym lub nawet zupełnie przezroczystym (przyczem nie barwi bynajmniej bibuły, użytej do jego filtrowania). Fakt ten należy uważać za stałe zjawisko w przebiegu płonicy. Na czem ono polega, Lesage dokładnie tego nie wyjaśnia, zaznacza tylko, że zmiana barwy moczu na zielonkawą znajduje się w związku z przemianą indoksylu, zawartego w moczu w bardzo znacznej ilości. Spostrzeżenia powyższe, jakkolwiek do ostatnich czasów nie odbiły się szerszem echem w piśmiennictwie lekarskiem i wobec tego nie mogły być dotąd — z punktu widzenia znaczenia dla profilaktyki w płonicy — właściwie ocenione, nie powinny być pominięte i zasługują na skontrolowanie, zwłaszcza na materyale szpitalnym.

Jako specyalną postać płonicy nie powikłanej omawia autor płonicę toksyczną (scarlatine maligne idiopatique), odróżniając 2 jej odmiany: krwotoczną i żołądkowo-jelitową.

W dziale, objętym nazwą „scarlatines speciales", L. zwraca uwagę na możliwość istnienia postaci płonicy z objawami skórnymi, poprzedzającymi objawy ustno-gardzielowe; następnie, omawia płonicę utajoną, płonicę o przebiegu przedłużonym, nawroty (rechutes), płonicę przewlekłą (mogącą trwać miesiące, a nawet lata) i właściwe zachorzenia powtórne (récidives).

W części drugiej odróżnia powikłania wczesne i późne. Do pierwszych zalicza różnego pochodzenia zakażenia jamy nosowogardzielowej z zakażeniem ogólnem ustroju — najczęściej pochodzenia paciorkowcowego oraz objawy niedomogi czynnościowej nadnerczy— pochodzenia również zakaźnego (zmniejszenie napięcia w układzie naczyniowym, zwolnienie krążenia, niedomoga ogólna), będące najczęstszą przyczyną szybkiego, a nawet nagłego zejścia śmiertelnego w płonicy.

Jako powikłania późne omawia: różne postaci gorączki późnej (bądź samoistnej, bądź będącej wyrazem wtórnego zakażenia jamy nosowogardzielowej); sprawy: stawowe, uszne, płucne; zaburzenia: w krążeniu, w układzie nerwowym oraz w przewodzie żołądkowym; wreszcie, jako odrębnej postaci późnego powikłania, poświęca uwagę specyalną zapaleniu nerek. Tu przedewszystkiem zaznacza, iż, jego zdaniem, stosowanie dyety mlecznej bynajmniej nie wpływa na zmniejszenie częstości powstawania tego cierpienia, że etyologia jego jest różną (przypisując zbyt może wybitną rolę pod tym względem wpływowi powikłania błoniczego); wreszcie, wskazuje na istnienie specyalnego usposobienia rodzinnego do zapalenia nerek (la débilité rénale). Po uwzględnieniu najczęstszych postaci zakażeń wysypkowych, wikłających płonicę (odra, ospa wietrzna), oraz dyagnostyki różniczkowej, Lesage przechodzi do omówie-

nia profilaktyki, uważanej przezeń jednocześnie za najważniejszą i najwdzięczniejszą metodę leczenia chorych płoniczych, i kończy opisem leczenia właściwego. Profilaktyka L e s a g e'a sprowadza się: 1) do odosobnienia każdego chorego, wykazującego zmiany w jamie ustno-gardzielowej, podejrzane w kierunku pochodzenia płoniczego: nie tylko bowiem zapobiega ono szerzeniu się zakażenia wśród otoczenia, lecz i na samego chorego wywiera, według niego, wpływ dodatni - w znaczeniu ewentualnego zabezpieczenia go od powikłań; 2) do zapobiegawczego stosowania surowicy przeciwbłoniczej w każdym przypadku płonicy, a to celem zabezpieczenia go od możliwego powikłania sprawą błoniczą, wzgl. zapaleniem nerek, będącem, zdaniem L., dość często pochodzenia błoniczego (to żądanie L e s a g e'a może nasuwać poważne wątpliwości co do potrzeby stosowania jego jako zasady); 3) do dyety, która według niego, w pierwszym okresie dwutygodniowym winna być ścisłą — mleczną, przez następnych 10 dni — mleczną z dodatkiem kaszek i potraw mącznych; wreszcie, począwszy od 26-go dnia choroby może mieć zastosowanie dyeta zwykła; 4) do leżenia, wprawdzie tylko przez okres pierwszych dwu tygodni, wzgl. w okresie stosowania ścisłej dyety mlecznej. Leczenie właściwe, według L e s a g e'a, uwzględnia: zabiegi wodolecznicze — przeciw gorączce, w przypadkach niedomogi czynnościowej nadnerczy — stosowanie adrenaliny (wbrew poglądom takich klinicystów, jak P o s p i s c h i l l), wreszcie, zwykłe środki, podtrzymujące działalność serca, i elektrargol. L e s a g e jest przeciwnikiem stosowania licznych zabiegów i środków leczniczych; między innemi radzi on ograniczyć do minimum stosowanie przestrzykiwań jamy ustnej i gardzieli, uzależniając od nich częste powstawanie spraw usznych; o wartości surowicy przeciwpaciorkowcowej M o s e r'a, jako środka, zapobiegającego powikłaniom wczesnym, autor nie ma wyrobionego zdania osobistego; w zapaleniu nerek — poza dyetą mleczną i leżeniem w łóżku — radzi uciekać się do surowicy przeciwbłoniczej. Najlepsze jednak wyniki wogóle w płonicy daje, jego zdaniem, profilaktyka, wzgl. izolacya osobnicza, co też zostało udowodnione przezeń w monografii niniejszej danemi cyfrowemi, zaczerpniętemi z l'h ô p i t a l H é r o l d w Paryżu, urządzonego według systemu izolacyi bezwzględnie osobniczej (celkowej). *S. Łyskawiński.*

A. C o l l i n. **Le développement de l'enfant (Retard simple essentiel et précocité de l'enfant de deux a quatre ans).** Z przedmową A. L e s a g e'a. Paryż. Nakład O. D o i n'a i synów. 1914, str. 211 (cena 5 fr.).

W części pierwszej, traktującej o r o z w o j u o p ó ź n i o n y m, autor podaje krytyczne zestawienie zasadniczych podstaw semiotyki oraz opis różnych etapów w rozwoju tego rodzaju zaburzeń, przyczem zatrzymuje się dłużej i szczegółowiej nad postacią t. zw. s a m o i s t n e g o z a h a m o w a n i a r o z w o j u (r e t a r d s i m p l e e s s e n t i e l). Część druga poświęcona została omówie-

niu rozwoju przedwczesnego (la précocité), wzgl. istoty i warunków powstawania tego zaburzenia; autor zwraca tu szczególną uwagę na to, że rokowanie w przypadkach zaburzeń tej kategoryi jest znacznie poważniejsze i wymaga większej ostrożności ze strony lekarza, niż w przypadkach rozwoju opóźnionego. Wywody swe opiera autor na wynikach ścisłych spostrzeżeń klinicznych, ilustrując je odpowiednimi przykładami.

S. Łyskawiński.

A. Reuss. **Die Krankheiten des Neugeborenen.** Berlin. 1914. Nakład J. Springer'a. Str. 550 (wraz z piśmiennictwem). 90 rys. w tekście (cena 22 marki).

Treść pracy stanowi przedstawienie obecnego stanu wiedzy o fizyologii i patologii noworodków w świetle osobistego doświadczenia autora, zdobytego przezeń na obszernym materyale 1-wszej kliniki ginekologicznej w Wiedniu, gdzie jest kierownikiem oddziału noworodków. Temat ujęty został bardzo szeroko: uwzględnione tu zostały nie tylko cierpienia, właściwe wyłącznie temu wczesnemu okresowi wieku niemowlęcego, lecz wogóle wszystkie stany chorobowe, spotykane u noworodków. Najbardziej szczegółowo omówioną została kwestya żywienia. Liczne rysunki, w ich liczbie sporo kolorowych, oraz bogate piśmiennictwo (wykaz jego zajmuje 37 stron druku) świadczą o starannem i gruntownem opracowaniu przedmiotu.

S. Łyskawiński.

F. Göppert. **Die Nasen-, Rachen- und Ohr-Erkrankungen des Kindes in der täglichen Praxis.** Berlin. 1914. Nakład J. Springer'a. Str. 169; ryc. 21 (cena 9 marek).

Podręcznik jest przeznaczony dla niespecyalistów. Treść jego stanowi nauka o cierpieniach błon śluzowych i umieszczonego w nich aparatu chłonnego — nosa, gardzieli i jam dodatkowych, wyłożona w zakresie przystępnym i niezbędnym dla lekarzy, zajmujących się ogólną praktyką dziecięcą. *S. Ł.*

Die Gesundheitspflege des Kindes. Dzieło zbiorowe, wydane pod kierunkiem głównym profesorów: W. Kruse'go i P. Selter'a. Stuttgart. 1914. Nakład F. Enke'go. Str. 794, rys. 122 (cena 26 marek).

Wyczerpujące studyum z zakresu hygieny dziecka. *S. Ł.*

H. Keller i W. Birk. **Kinderpflege-Lehrbuch.** Berlin. 1914. Nakład J. Springer'a. Str. 144; rys. 40.

Jest to wydanie drugie, przerobione. Przeznaczone dla osób, poświęcających się pielęgnowaniu dzieci, zawiera ono szereg praktycznych wskazówek, dotyczących pielęgnowania, żywienia i wychowywania zarówno zdrowego, jak i chorego dziecka. Uzupełnienie stanowi specyalny dział, poświęcony gimnastyce pokojowej, w opracowaniu A. T. Möller'a. *S. Ł.*

Świeżo opuścił prasę wydany przez redakcyę referatowego działu czasopisma **„Zeitschrift für Kinderheilkunde"**. (Berlin, nakład J. Springer'a, r. 1913) wykaz wszystkich prac pedyatrycznych, ogłoszonych drukiem w r. 1912 i streszczonych lub wogóle uwzględnionych w tym dziale. Opracowanie techniczne wydawnictwa miało na celu wszelkie możliwe udogodnienia przy oryentowaniu się w całości; dzięki nim, rzeczywiście, odszukiwanie prac z każdego działu pedyatryi jest bardzo ułatwione. Zwraca tu między innemi uwagę: 1) wyodrębnienie w postaci działu specyalnego — chorób noworodków i niemowląt zpośród cierpień, wspólnych wszystkim okresom wieku dziecięcego, oraz 2) wprowadzenie do każdego głównego działu specyalnego poddziału, obejmującego prace o treści ogólniejszej (Allgemeines und Einzelnes), wychodzącej poza właściwy zakres pedyatryi, jednak nie pozbawionej znaczenia i dla patologii chorób dziecięcych. Wykaz obejmuje również dorobek naukowy pedyatryi polskiej, szkoda tylko, że z powodu natury technicznej nie został on uwzględniony w całości. (Przy tej sposobności przypomnieć warto jeszcze raz autorom polskim, że prace polskie do pisma tego streszcza kol. Lateiner-Mayerhoferowa (klinika Pirquet'a): odbitki prac każdy autor polski powinien wysyłać wprost do niej lub też do redakcyi „Przeglądu pedyatrycznego", która chętnie czuwać będzie nad przesyłaniem odbitek. (Przyp. red.). *S. Ł.*

P. Th. Müller. **Vorlesungen über allgemeine Epidemiologie.** Jena. Nakład G. Fischer'a. 1914. Str. 257; z 10 rys. w tekście. (Cena — marek 5.50).

Praca ta jest uzupełnieniem dzieła, wydanego przez tego samego autora poprzednio p. t.: „Infection und Immunität". Treść jej stanowi szczegółowe omówienie źródeł i warunków powstawania i szerzenia się cierpień epidemicznych oraz ważniejszych typów tych ostatnich. *S. Ł.*

W. Braams. **Zur Geschichte des Ammenwesens im klassischen Altertum.** Jena. Nakład G. Fischer'a. 1912, str. 31.

Przyczynek historyczny. *S. Ł.*

Wyszła w postaci, przeznaczonej do użytku podręcznego, tablica prof. C. Pirquet'a, wykazująca normy wzrostu i wagi dziecka w stosunku do jego wieku.

G. Tugendreich. **Vorträge uber Ernährung und Pflege des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre.** Z przedmową prof. Finkelstein'a. Stuttgart. F. Enke. 1914, str. 81: rys. 7

Wydanie II-gie, rozszerzone. *S. Ł.*

STRESZCZENIA.

Aage Koch i H. P. T. Oezum. **Wgłobienie jelit u dzieci w oświetleniu około 400 duńskich przypadków.** (Mitteilungen aus d. Grenzgebiet. d. Med. u. Chir. T 25. Z. 2).

Autorzy rozpatrują materyał duńskich szpitali za przeciąg 29 lat, który dotyczył 397 przypadków. Częstość występowania wgłobień co do wieku wyraża się w ten sposób, że do roku było 236 przypadków, t. j. 60%; powyżej roku — 161, t. j. 40%. Najmłodszy przypadek dotyczył 7-o dniowego oseska z wgłobieniem nieokreślonego typu, wyleczony przez wlewanie wody. Co się tyczy płci, dane autorów zgadzają się z poprzedniemi spostrzeżeniami, wykazując znaczną przewagę chłopców; ilościowo stosunek przedstawia się jak 2,2 : 1. Według umiejscowienia autorzy rozróżniają: 1) wgłobienie jelit cienkich, 2) jelit grubych i 3) postaci przejściowe: a) invagin. ileocoecalis, b) inv. ileocolica, c) inv. iliaca ileocoecalis, d) inv. iliaca ileocolica. Postać biodrowo-kątnicowa (ileocoecalis) do roku występowała w 70% przypadków, powyżej roku — w 50%. Wgłobienie biodrowo-okrężnicowe (ileo-colica) występuje najrzadziej. Następnie, autorzy omawiają teorye powstawania wgłobień: skurczową i porażeniową. Rozważając etyologię i momenty usposabiające, autorzy zwracają uwagę na ruchomość danego odcinka jelita i poruszającą siłę, dalej -- na wypadnięcie jelita biodrowego lub śluzówki tegoż przez zastawkę Bauhini'ego, na znaczenie ciał obcych w jelitach, pasorzytów, guzów jelit, jak np. polipy, na uchyłek Meckel'a, wyrostek robaczkowy, błędy dyetetyczne i t. p. Zmiany anatomopatologiczne autorzy opisują krótko, przechodząc do objawów, które są różne w zależności od przebiegu wgłobienia, który bywa piorunującym, ostrym, podostrym i przewlekłym. Główne objawy wgłobienia stanowią: bóle brzucha, wymioty, krwawy śluz w wypróżnieniach. Z materyału autorów wynika, że bóle u dzieci do roku występowały w 76%, powyżej roku — w 85% przypadków. Wymioty u dzieci do roku spotykano w 92%, po pierwszym roku—w 91% wszystkich przypadków. Krwawy śluz w wypróżnieniu w mniejszej lub większej ilości bez domieszek kałowych zjawia się bądź samoistnie, bądź też podczas badania per rectum. U osesków występował w 95%,

podczas gdy po roku — tylko w 75$^{0}/_{0}$; przytem u dzieci do roku objaw ten występował w ciągu pierwszych 6-iu godzin w połowie przypadków, i tylko w 20% przechodziło 18—48 godzin do czasu jego wystąpienia. U dzieci powyżej roku w 55% przypadków objaw ten występował w ciągu pierwszych sześciu godzin i tylko w 10%— po 18 godzinach. Według autorów, w przypadkach wgłobienia jelit cienkich objawu tego najczęściej brak, i występuje on najpóźniej. Czwarty objaw — obecność guza w jamie brzusznej można wykazać bądź przez obmacywanie brzucha, bądź drogą badania per rectum, bądź też przez połączenie tych dwu sposobów. W przypadkach autorów obecność guza skonstatowano u dzieci do roku w 85%, po roku — w 86%, przyczem znajdowano go najczęściej w lewej połowie brzucha. Przy badaniu per rectum guz wyczuwano u dzieci do roku w 39%, po roku — w 27%. Następnie, omówiwszy i inne mniej stałe objawy, jak: wypadnięcie odbytnicy, wiotkość zwieracza, parcie, biegunkę, czkawkę, bębnicę, objaw D a n c e'a „opróżnienie prawe.o dołu biodrowego", autorzy przechodzą do leczenia, którego istnieją dwa sposoby: 1) bezkrwawy i 2) krwawy. Bezkrwawy sposób polega na odprowadzeniu wgłobienia przy pomocy rąk przez ścianę brzuszną, co, według autorów, powinno być zabiegiem wstępnym, po którym następuje wlewanie wody do prostnicy. Wlewanie to dokonywa się w uśpieniu przy pomocy zgłębnika O s e r'a, który wprowadzić należy możliwie głęboko, bez żadnego jednak wysiłku, przyczem dziecko leży z uniesioną miednicą. Wlewać należy zazwyczaj od 500 do 1000 cm^{3} wody. Ten sposób leczenia może być wykonany tylko w ciągu pierwszych 24—48 godzin w ostrych przypadkach, później bowiem powstaje niebezpieczeństwo przedziurawienia jelita i rozlanego zapalenia otrzewnej.

Posiada on swoje dodatnie i ujemne strony. Dodatnie polegają na przystępności tego sposobu w praktyce ogólnej i względnem bezpieczeństwie w przeciwstawieniu do krwawego zabiegu u osesków. Ujemne strony stanowią: 1) niepewność, czy odprowadzenie udało się: 2) możliwość przedziurawienia jelita i wywołania otrzewnej; 3) skłonność do nawrotów.

Krwawe sposoby zawsze wymagają otwarcia jamy brzusznej i polegają na bezpośredniem odgłobieniu i wycięciu w razie potrzeby pętli jelita. Jest to zabieg radykalny, podczas gdy połączenie sztuczne jelit (enteroanastomozy) są zabiegiem paliatywnym.

Sposobem bezkrwawym, leczono 135 dzieci do roku, z tych 65$^{0}/_{0}$ dało wyleczenie, 35% — zejście śmiertelne.

Krwawe postępowanie stosowano w 83 przypadkach i otrzymano w 26$^{0}/_{0}$ wyzdrowienie, w 74$^{0}/_{0}$ — śmierć.

Na zasadzie tej statystyki autorzy sądzą, że we wszystkich przypadkach, w których nie mamy wgłobienia jelit cienkich lub szczególnych powikłań, zawsze trzeba próbować bezkrwawego postępowania, ponieważ tym sposobem można uratować życie $^{2}/_{3}$ chorych. Ograniczenia wskazań co do czasu trwania danego przypadku autorzy nie robią, wyjąwszy zapalenie otrzewnej, ponieważ nawet za-

starzałe przypadki dają lepsze wyniki przy bezkrwawym, niż przy krwawym sposobie postępowania. Pierwotny krwawy zabieg może być odpowiednim w ciągu pierwszych 12 godzin; w przypadkach wątpliwych jednakże nie może wytrzymać porównania z niekrwawem leczeniem. Wtórnego krwawego zabiegu nie powinno się zaniedbywać, jeżeli bezkrwawe postępowanie zawodzi, gdyż może on uratować prawie $^1/_4$ część rozpaczliwych przypadków.

U dzieci powyżej roku stosunki przedstawiają się nieco inaczej. Na 152 przypadki bezkrwawego postępowania otrzymano 88% wyleczeń i 12% zejść śmiertelnych; przy krwawym postępowaniu — 62% wyleczeń i 38% śmiert.; przytem pierwotne otwarcie jamy brzusznej dało 35% śmiertelności, wtórne — 40%. Wobec tego autorzy twierdzą, że, jeżeli pierwotne zabiegi chirurgiczne dają równie dobre wyniki, jak postępowanie bezkrwawe, trzeba je wogóle przekładać nad ostatnie, bowiem dają one jednocześnie pewność, że osiągnęliśmy wyleczenie, t. j. chronią od pozornych lub niezupełnych odprowadzeń; im wcześniej pierwotny zabieg krwawy może być wykonany, tem jest lepiej; po dwu dniach jest on jeszcze dopuszczalny; jednak, być może, lepiej pierwej próbować wlewań wody i odprowadzenia przez powłoki brzuszne i dopiero w razie niepowodzenia przejść do wtórnego otwarcia jamy brzusznej, które daje pomyślne wyniki więcej, niż u połowy dzieci, u których zaniechano bezkrwawego leczenia. *Tomasz Wiśniewski.*

A. Catz. **Wgłobienie wsteczne jelit.** (Revue de Chirurgie. Nr 2, 1913 r.).

Przypadek autora dotyczył 4-o letniego dziecka, które nagle dostało boleści. Matka z porady aptekarza dała wody Vichy, którą dziecko prawie natychmiast zwymiotowało. Drugiego dnia dziecko wstało żwawe i wesołe. Tem nie mniej wezwany lekarz, badając dziecko, znalazł wprawdzie stan dobry, przy obmacywaniu brzucha wyczuł jednak guz ruchomy, który naprowadził go na myśl o wgłobieniu, wobec czego polecił wezwać chirurga. Przy badaniu tegoż dnia popołudniu autor znalazł ogólny stan dobry: ciepłota w prostnicy wynosiła 37°3; tętno — 90, oddechów — 25. Według słów matki, dziecko jeszcze raz zwymiotowało płyn jasny; wypróżnienia nie było od 48 godzin W okolicy podpępkowej autor znalazł guz ruchomy, niebolesny. Badanie per rectum nic nie dało wobec wypełnienia masami kałowemi O ostrej niedrożności nie mogło być mowy; prędzej można było przypuścić wgłobienie. lecz jak dla przewlekłej, tak i dla ostrej postaci brak było objawów. Wobec tego autor zalecił lawatywę z oliwy i wieczorem tegoż dnia ponownie badał dziecko. W przerwie między jednem badaniem a drugiem dziecko znowuż skarżyło się na bóle i nudności, lecz spokojnie zasnęło. Wygląd dziecka po dawnemu dobry: ciepłota — 37°, za to tętno podskoczyło do 120. Wobec tego, że dziecko spało, nie można było przypuszczać wzruszenia. Przy badaniu per rectum znalazł autor w podbrzuszu guz elastyczny, przesuwalny. Na zasadzie tętna

autor zaproponował operacyę, którą zaczęto tegoż dnia o 10-ej wieczorem. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się około 200 gr. cieczy mętnej, cuchnącej. Tuż poniżej żołądka, który był znacznie opuszczony, autor zauważył czarną masę, która okazała się pętlą jelit cienkich, mocno napiętą, zwisającą na szypule. U podstawy bardzo wąskiej szypuły pętla okazała się skręconą. Miało więc miejsce zawęźlenie jelit i skręcenie. Przy odwęźlaniu okazało się, że istnieje jeszcze wgłobienie. Wobec zgorzeli, autor, nie próbując odgłobienia, przystąpił do wycięcia pętli i połączenia bout à bout w zdrowych tkankach, gdy nagle dziecko zaczęło wymiotować czarnemi masami, które poprostu lały się przez usta i nozdrza; nie bacząc na przedsięwzięte środki, wystąpiło niepokojące zaduszanie się, wobec czego autor przerwał łączenie pętli jelit, umocowawszy je tylko w ścianie brzusznej. Dziecko wkrótce obudziło się, lecz obfite wymioty czarnemi masami jeszcze się powtarzały, i w 8 godzin po zabiegu nastąpiła śmierć. Badanie wyciętej pętli pokazało, że wgłobienie szło od dołu ku górze, czyli było to wgłobienie wstępujące, albo lepiej — wsteczne. Autor zwraca uwagę na nieustosunkowanie objawów klinicznych do zmian anatomopatologicznych i połączenie zawęźlenia z wgłobieniem. Podając następnie z literatury 33 przypadki wgłobienia wstecznego, autor dochodzi do następujących wniosków: kiedy po otwarciu jamy brzusznej spotykamy wgłobienie wsteczne, zawsze przed zaszyciem otrzewnej trzeba obejrzeć wszystkie jelita gdyż inaczej ryzykujemy pozostawić drugie wgłobienie, które, jak to uczą spostrzeżenia, współistnieje z wgłobieniem wstecznem; podrugie, rozpoznanie postaci wstecznej nigdy nie udaje się przed otwarciem jamy brzusznej, a więc wdmuchiwania do jelit lub wlewania dużej ilości wody, które wychwalają niektórzy chirurdzy i terapeuci, w przypadkach wzgłobienia wstecznego mogą tylko zwiększyć zamknięcie jelit, wrazie jeżeli gaz lub płyn wlewany dojdzie do miejsca uszkodzenia; a ponieważ nigdy nie wiemy, z jaką postacią mamy do czynienia, lepiej więc zarzucić wdmuchiwania i obfite wlewania w leczeniu wgłobień, a operować natychmiast.

Tomasz Wiśniewski.

J. Becker. **O wgłobieniu jelit u dzieci.** (Archives f. Klin. Chirurgie. Tom 102, zeszyt 4).

Autor podaje 12 przypadków wgłobienia jelit u dzieci: 4 przebiegające w ostrej postaci, 8 — w przewlekłej. Pierwsze, które dotyczyły dzieci w wieku od 5 miesięcy do $3^3/_4$ lat, w przypadkach, w których wykonano odgłobienie krwawe, dały zejście śmiertelne, i tylko jeden, w którym udało się odprowadzenie uskutecznić przez wlewanie, skończył się pomyślnie. Przypadki, przewlekłe przebiegające, w których wykonano krwawy zabieg, dały 3 wyzdrowienia i 5 zejść śmiertelnych. Etyologii tego cierpienia autor obszerniej nie rozpatruje, zadawalając się jedynie przytoczeniem poglądów Propping'a i Wilms'a. Co się tyczy leczenia, zgadza się ze zdaniem Koch'a i Oezum'a, skłaniając się bardziej stanowczo

na stronę leczenia krwawego, pomimo ogólnych niepomyślnych wyników, na tej zasadzie, że zaburzenia, wywołane przez wgłobienie, powodują żywy rozwój drobnoustrojów, których jady znacznie obniżają siłę odporności ustroju dziecięcego i czynią go mało odpowiednim dla zabiegu chirurgicznego, jeżeli tenże wykonywać będziemy późno. Dlatego dążeniem naszem musi być uwolnienie ustroju możliwie szybko od źródła tych jadów, a to daje się uskutecznić przez wycięcie wgłobionej pętli. *Tomasz Wiśniewski.*

E. Estor i Etienne. **Tarń dwudzielna wrzekoma** (Revue de Chirurgie. Nr 6, 1913).

Autorzy opisują przypadek guza wrodzonego u dziecka $4^1/_2$ lat w okolicy karku. Guz ten wielkości jaja kurzego umocowany był na szypule 2—3 ctm. długości; na dotyk był miękki, zupełnie nie odprowadzalny przy ucisku, podczas krzyku dziecka nie zmieniał się zupełnie. Autorzy rozpoznali tarń dwudzielną i jako taką operowali. Podczas zabiegu jednak nie zauważono ani kropli płynu mózgowordzeniowego. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Badanie guza gołem okiem wykazało, że składa się z jamy o ściankach grubych i z pnia środkowego. Badanie drobnowidzowe wykazało, że ściany guza stanowi skóra, pozbawiona jednak włosów, gruczołów łojowych i potowych. Pień środkowy składał się: 1) z pochewki włóknistej i 2) ze stożka rdzeniastego, w którym znaleziono tkankę gleju, włókna i komórki nerwowe. Była więc to tarń dwudzielna wrzekoma. Podobny przypadek opisał Mathei. Rozpatrzywszy i ten przypadek, autorzy rozważają warunki powstawania takich guzów i dochodzą do wniosku, że z tyłu kręgosłupa mogą istnieć guzy wrodzone, których pochodzenie nerwowe nie podlega dyskusyi, a które zarówno z punktu widzenia anatomicznego, jak i klinicznego, muszą być oddzielone od tarni dwudzielnej. Powstawanie tych guzów można objaśnić bądź przez częste zaburzenia embryogenetyczne, bądź przez obecność drugiego płodu poronnego. Opierając się na charakterze anatomicznym i patogenetycznym tych guzów, autorzy proponują nazywać je rdzeniakami (medullomata) lub rdzeniopłodziakami (medulloembriomata) Rozpoznanie w takich razach powinno być robione z uwagą, gdyż wycięcie stanowi tu idealny sposób leczenia.

Tomasz Wiśniewski.

P. Mocquot. **Krwawienia z powodu polipów odbytnicy.** (Revue de Chirurgie. Nr 4, 1913).

Źródłem krwawień w przypadkach polipów odbytnicy, według jednych, bywa sam polip, według innych — otaczająca śluzówka. Autor opisuje przypadek polipa u 12-letniej dziewczynki, który powodował znaczne krwawienia. Po usunięciu polipa, krwotoki ustały. Badanie drobnowidzowe usuniętego guza pozwala autorowi wnioskować, że krwawienia mają swe źródło tylko w polipach, a nie w sąsiedniej śluzówce, i że wywołuje je urazowe skręcenie szypuły.

Tomasz Wiśniewski.

G. Nové Josserand i A. Rendu. **4 przypadki wrodzonej przepukliny jajowodu i jajnika u małych dziewczynek.** (Archives provinciales de Chirurgie Nr 9, 1913).

Autorzy podali 4 operowane przypadki wspomnianych przepuklin u dziewczynek $1^1/_2$, 5, $8^1/_2$ letnich i u $2^1/_2$ miesięcznej. Pierwsze trzy dotyczyły przepuklin wolnych, w ostatnim przydatki uległy skręceniu i częściowej zgorzeli, wobec czego usunięto je. Wszystkie przypadki dały wyleczenie. Objawy przepukliny jajowodowej nie różnią się od tychże w zwykłej przepuklinie odprowadzalnej; uwięźnięcie jajnika powoduje pewną bolesność. Skręcenie i zawęźlenie przypadków może dawać prawdziwe objawy otrzewnowe. W przypadkach pierwszego rodzaju leczenie polega na zwykłym zabiegu, połączonym z odprowadzeniem przydatków, wrazie zawęźlenia — stan przydatków rozstrzyga kwestyę wycięcia lub odprowadzenia.

Tomasz Wiśniewski.

Herman Kütner. **O tak zwanych powrotnych kolkach pępkowych u dzieci.** (Berl. Klin. Wochenschrift. 1914. Nr 4, str. 1).

E. Moro, mówiąc o powrotnych kolkach pępkowych u dzieci (Münch med. Wochenschr. Nr 51, 1913), powtarzających się od czasu do czasu, nie przypisuje im ważnego znaczenia. Zdaniem E. Moro, spotykamy powrotne kolki pępkowe u dzieci, począwszy od 4-ch lat, w przewlekłem zaparciu stolca, w przypadkach zwiotczenia (atonia) dolnego odcinka jelit, u osobników neuropatycznych oraz u dzieci z wzmożoną wrażliwością.

W odpowiedzi na powyższe Herman Kütner w obszernym artykule p. t.. „O tak zwanych powrotnych kolkach pępkowych u dzieci" podkreśla doniosłość powyższego objawu i zaleca w tych razach zwracać baczniejszą uwagę na wyrostek robaczkowy; bowiem autor jest zdania, że prawie w każdym przypadku kolek pępkowych u dzieci dominującą rolę odgrywa cierpienie wyrostka robaczkowego. Autor przytacza 6 przypadków operowanych, w których spostrzegał powrotne kolki pępkowe. Podczas operacyi i znajdowano bądź stare zrosty, bądź zgrubienie wyrostka, bądź nieprawidłowe jego położenie, bądź krótką krezkę wyrostka, lub też przewlekły stan zapalny; w dwu przypadkach autor spostrzegał kamień kałowy w wyrostku. Autor dochodzi do wniosku, że powrotne kolki brzuszne u dzieci, umiejscowione w okolicy pępka, w większości przypadków są zależne od zmian w wyrostku robaczkowym.

R. Stankiewicz.

A. Epstein. **Ospa u noworodków.** (Arch. f. Kinderheil. Tom 60—61).

Dawniejsze nadzwyczaj silne epidemie ospy w Niemczech pokonane zostały przez prawo o obowiązkowem szczepieniu ospy ochronnej, wprowadzone w życie w 1874 r.; obecnie przypadki ospy są bardzo rzadkie i dotyczą zwykle obcokrajowców, którzy przybyli w okresie wylęgania. W innych krajach, nie posiadających

prawa o szczepieniu, ospa grasuje stale, a od czasu do czasu zdarzają się wybuchy silniejszych epidemii. Autor obserwował kilka przypadków ospy u noworodków; były to wszystko dzieci matek chorych na ospę; wysypka występowała regularnie 8—9 dnia po urodzeniu; dzieci umierały w okresie wysypki albo ropienia (stadium eruptionis — st suppurationis). Autor podaje dokładną historyę choroby jednego z tych przypadków: krzywa ciepłoty podobną była do krzywej u dorosłych z dwoma podskokami w okresie początkowym i w okresie ropienia; wysypka występowała w początku w postaci drobnych plamek (st. maculosum), na których następnie występowały charakterystyczne wykwity, najobfitsze na twarzy; pęcherzyki były niższe i bardziej płaskie, niż u dorosłych; wiele z nich było bez wklęśnięcia; co do wielkości, to pod tym względem nie różniły się od obserwowanych u dorosłych. Chociaż szczepienie w danych przypadkach pozostało bez wpływu, autor nie radzi go zaniedbywać, gdyż w przypadkach przedłużonego wylęgania choroby, może złagodzić jej przebieg. Rokowanie jest w pierwszym roku życia bardzo złe: według L e s a g e'a, — 100% śmiertelności. Leczenie czerwonem światłem nie daje żadnych wyników. Zakażenie może nastąpić przed, w czasie i po urodzeniu, chociaż niektórzy autorzy zaprzeczają możliwości zakażenia wewnątrzmacicznego. Co się tyczy tego ostatniego, autor odróżnia następujące kombinacye: 1) matka zdrowa — płód zakażony ospą; 2) matka przechodzi ospę w czasie ciąży — poronienie; 3) ospa podczas ciąży — ospa u płodu; jeśli to dotyczy bliźniąt, jedno z nich może przejść ospę, drugie — nie; 4) ospa u matki w końcu ciąży — zdrowe na pozór dziecko, które wkrótce dostaje ospy. Według danych statystycznych, niemowlęta w pierwszym miesiącu życia są odporniejsze na zarażenie się ospą, niż w miesiącach późniejszych. Co do profilaktyki, to uniknąć można rozszerzenia się choroby przez odosobnienie i odpowiednie gruntowne odkażenie osób i przedmiotów, mających styczność z chorym. *J. Celichowska.*

Y n g r a v U s t v e d t i A. D i e s e n. **Zdrowi roznosiciele zarazków podczas epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowych.** (Centralb. f. Bakt. Orig., 1914; t. 72, str. 481).

Na 797 przeprowadzonych podczas epidemii w Norwegii badań na obecność roznosicieli zarazków otrzymano wynik dodatni tylko 4 razy. Wynik notowano jako dodatni, o ile zarazki wyhodowane morfologicznie i w hodowlach posiadały cechy charakterystyczne i dawały aglutynacyę z wysokowartościową surowicą swoistą.

W 80 przypadkach otrzymano ziarniaki, podobne do meningokoków; nie dawały one jednak aglutynacyi z surowicą swoistą lub też dawały ją tylko w takiem samem rozcieńczeniu, jak i normalna surowica końska. Autora zastanawia nadzwyczaj mała odsetka wykrytych roznosicieli zarazków: jest to wynik wprost przeciwny temu, jaki otrzymywano podczas epidemii na Szlązku i w Niemczech Zachodnich. *K. Jonscher.*

RUCH PEDYATRYCZNY W TOWARZYSTWACH.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Protokół trzydziestego piątego posiedzenia pedyatrów.

dnia 18-go września 1913-go roku.

Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia poprzedniego.

Przed rozpoczęciem porządku dziennego Przewodniczący kol. L. Anders przedstawia przypadek guza pozaotrzewnowego, wychodzącego prawdopodobnie z prawej nerki.

Przypadek dotyczy dziewczynki M. S., w wieku 1 r. 7 mies., pochodzącej z bliźniąt. Rodzice pacyentki są zdrowi. Wśród jej krewnych nikt nie miał żadnego guza. Drugie dziecko w tej rodzinie jest zupełnie zdrowe. Pacyentkę widział mówca po raz pierwszy przed 4-ma miesiącami w ambulansie domowym: zwracano wówczas uwagę mówcy na zły wygląd dziecka. Pacyentka podobno przechodziła zapalenie płuc i biegunkę. Podczas badania, bardzo utrudnionego z powodu krzyku dziecka, mówca stwierdził obecność guza w prawej połowie jamy brzusznej, wypełniającego ją prawie zupełnie i idącego jakgdyby w kierunku prawej nerki. Po raz drugi widział chorą mówca w d. 3-im września r. b., znajdując, co następuje: guz powiększył się; na skórze brzucha wystąpiło wyraźne rozszerzenie żył powierzchownych, przeważnie po stronie prawej; stan ogólny znacznie się pogorszył; chirurg (kol. Ciechomski), uproszony przez mówcę, zbadał chorą w uśpieniu chloroformowem; wynik badania był taki, że zgodzono się na obecność guza pozatrzewnowego, wychodzącego prawdopodobnie z prawej nerki: guz częściowo chełbocze. Prawdopobieństwo rozpoznania podtrzymuje też i wynik rozbioru moczu, znaleziono w nim bowiem nieco białka, w osadzie zaś—krew i komórki przybłonkowe różnego typu. Kol. Ciechom-

ski proponował operacyę, na którą rodzice zgodzili się, lecz, jak dotychczas, zgody swej nie poparli czynem.

(Streszczenie własne).

W dyskusyi:

Kol. L. Zembrzuski zaznacza, iż, o ile można sądzić z wyników pobieżnego zbadania guza, wychodzi on z prawej nerki, a wobec szybkiego rozwoju i obecności sieci żył w skórze nad guzem należy podejrzewać nowotwór złośliwy, być nawet może, rozpadający się wewnątrz i dający objawy torbieli. Guz, pozostawiony sam sobie, da zejście niepomyślne, wobec tego wskazaną jest tutaj operacya, z którą zwlekać nie należy ze względu na wstrząs (shock). Ten ostatni bywa u niemowląt tem większy, im później wykonywany jest zabieg, t. j. im rozleglejsze musi być otwarcie jamy brzusznej z powodu wymiarów guza. Zastrzec się jednak należy, iż operacye tej kategoryi guzów naogół dotychczas dają rokowanie nieszczególne (notowano jednak i przypadki wyzdrowienia).

(Streszczenie własne).

Na porządku dziennym:

Pokaz kol. A. Mamrota, dotyczący 16-letniego chłopca z objawami niezwykłego przerostu tłuszczowege całego ciała oraz niedorozwojom narządów płciowych czyli t. zw. „dystrophia adiposo-genitalis". Prześwietlanie czaszki promieniami Roentgen'a wykazało obecność zmian w siodle tureckiem, w kościach zaś — brak skostnienia chrząstek nasadowych. Mówca upatruje w zaburzeniach czynnościowych przysadki mózgowej właściwą przyczynę powyższego cierpienia. (Przypadek ten będzie szczegółowo opisany na innem miejscu).

(Streszczenie własne).

W dyskusyi:

Kol. S. Kopczyński nie uważa danego przypadku za czystą postać cierpienia pod nazwą „dystrophia adiposogenitalis", lecz skombinowaną z obrzękiem śluzowatym; kwestyonuje dalej znaczenie podziału z punktu widzenia właściwości fizyologicznych przysadki mózgowej na płaty przedni, tylny i środkowy; wreszcie, co się tyczy podawania tyreoidyny w celu leczniczym, podkreśla konieczność stosowania jej całymi miesiącami.

Kol. B. Korybut Daszkiewicz, zabierając głos w sprawie leczenia podobnych przypadków, radzi stosować inne przetwory poza pituitryną.

Kol. L. Zembrzuski zwraca uwagę na to, że w przypadkach t. zw. „dystrophia adiposo-genitalis" stosowaną jest obecnie nie pituitryna, lecz sproszkowany wyciąg z całej przysadki, gdy tymczasem pituitryna jest wyciągiem z tylnej jedynie części tego narządu. (Streszczenie własne).

Kol. J. Brudziński wygłosił rzecz p. t. „O prosówce potnej (t. zw. Suette miliaire).

Mówca przytacza szczegółowy opis przebiegu klinicznego dwu przypadków tego cierpienia, spostrzeganych przezeń w r. 1907

w szpitalu Anny-Maryi w Łodzi, którego kierownikiem był właśnie w tym czasie. Przypadki, będące w mowie, dotyczą dwojga rodzeństwa — dzieci w wieku 6 i 7 lat, które zachorowały prawie jednocześnie, bo w 2 dni jedno po drugiem (w tym samym domu w mieszkaniu sąsiedniem od kilku dni dzieci były chore na jakąś chorobę zakaźną). Dzieci przyjęte zostały do szpitala na razie bez ściśle ustalonego rozpoznania, z podejrzeniem wprawdzie w kierunku duru brzusznego. Mówca jednak już podczas pierwszych oględzin, dokonanych przezeń po przyjęciu dzieci, powziął przypuszczenie co do prosówki potnej, którego słuszność dalszy przebieg w zupełności potwierdził. Dzieci, będąc przez cały czas swego pobytu na oddziale wewnętrznym przy korytarzu wspólnym, pomimo iż w stosunku do nich nie były przestrzegane żadne specyalne środki ostrożności, nie były źródłem zakażenia wewnątrzszpitalnego (przez oddział przesunęło się w tym czasie ogółem 58 chorych).

W nawiązaniu do opisu powyższych przypadków prelegent omawia następnie patogenezę i epidemiologię prosówki potnej (suette miliaire). Co się tyczy istoty chorobowej cierpienia, jest to postać kliniczna, dotąd jeszcze ściśle nie określona. W piśmiennictwie panują pod tym względem różne poglądy: gdy jedni autorzy uważają ją za szczególną postać grypy (pogląd ten ma jednak b. licznych przeciwników), inni upatrują w niej nietypową różyczkę (to zapatrywanie zyskało, zdaie się, największą liczbę zwolenników), jeszcze inni – mniej liczni poczytują ją za nietypową postać odry.

Pierwotnem siedliskiem prosówki potnej była Anglia; na ląd stały przeniosła się ona dopiero w XVIII wieku, obierając sobie stałe miejsce pobytu — we Francyi; kraj ten posiada kilka ognisk, w których co pewien czas cierpienie to wybucha endemicznie; do takich miejscowości należą okręgi: Picardia, Franche-Comté, Auvergne, Languedoc, Charentes. Po za Francyą spostrzegano również endemie prosówki potnej w Tyrolu. Z danych, zebranych dodczas różnych epidemii tego cierpienia — głównie przez autorów francuskich, okazuje się, że prosówka potna zdarza się przeważnie w okręgach wiejskich, przyczem szerzy się za pośrednictwem owadów, przedstawiając pod tym względem pewne podobieństwo do zimnicy; według Chantemesse'a, w roznoszeniu jej biorą udział specyalne pasorzyty, właściwe szczurom polnym. Zdaniem większości autorów, cierpienie łatwo kumuluje się, przeczą oni jednak temu, by mogło tu mieć miejsce zarażanie się bezpośrednie.

Co się tyczy przebiegu klinicznego prosówki potnej, to należy odróżniać okresy następujące: okres zwiastunów, do których należą: ból głowy, wymioty, gorączka, poty, osłabienie ogólne, krzykliwość i zdenerwowanie ogólne; następnie, właściwy okres chorobowy, którego najcharakterystyczniejszy objaw stanowią wykwity prosówkowe na tle wysypki różnokształtnej, bądź przypominającej wysypkę różyczkową, bądź o typie wysypki płoniczej, bądź typu wysypki krwotocznej; wysypka prosówkowa występuje zwykle około czwartego

dnia choroby i w przeciągu 1—2 dni zajmuje skórę całego tułowia i kończyn; znacznie rzadziej rozwija się ona częściowo — w postaci oddzielnych etapów (sakkadierter Exanthemausbruch); w okresie trzecim (około 10 go dnia choroby) — występuje bardzo charakterystyczny objaw — łuszczenie, które bywa częściowo drobne, częściowo zaś odbywa się w postaci całych płatów. Łuszczenie trwać może 3—4 tygodnie.

Klinicyści odróżniają dwie postacie prosówki: złośliwą (la suette miliare mortelle) i dobrotliwą (la suette à forme ambulatoire). Pierwszą z nich charakteryzują silne poty, bardzo wysoka gorączka, silna opresya nerwowa, bredzenie, silne bicie serca, zapaść. Śmierć następuje w tych razach albo przed wystąpieniem wysypki, albo w początkowym jej okresie; może się jednak zdarzyć również w okresie najwyższego jej rozwoju. Charakterystyczną rzecz w tych razach stanowi szybki rozkład zwłok.

Druga postać — dobrotliwa zdarza się znacznie częściej od pierwszej (z taką postacią właśnie mieliśmy do czynienia w przydadkach omawianych).

Rozpoznanie różniczkowe winno mieć na względzie przedewszystkiem odrę, następnie, opisaną przez J. Kramsztyka postać kliniczną p. n. erythema scarlatiniforme recidivans, dalej — kur (różyczkę), wreszcie płonicę. Odrę wyłączyć można na podstawie danych następujących: bardzo krótkiego okresu wylęgania, poprzedzającego prosówkę potną; braku objawów nieżytowych w narządach oddechowych i na łącznicach; wyglądu wysypki (w odrze—postać grudkowata, w prosówce potnej—pęcherzykowata); wyglądu tła, na którem wysypka występuje (w odrze zazwyczaj — niewybitne plamiste zaczerwienienie, wzgl. przekrwienie, w prosówce — rozlane, bardziej intensywne zaczerwienienie, czasem o typie krwotocznym; wreszcie typu łuszczenia się skóry (w odrze — tylko otrąbiaste, w prosówce — mieszane: częściowo drobne, częściowo — płatowe). Od dłuższego czasu ustaliło się przekonanie co do istnienia bliższego związku pomiędzy prosówką potną a odrą; autorzy francuscy wspominają o t. zw. nietypowej odrze, powikłanej przez prosówkę potną (la rougeole hybride, modifiée par la suette). O takich właśnie postaciach wspomina Parrot, opisując spostrzeganą przezeń w r. 1841 endemię tego cierpienia. Jak się jednak okazuje z dalszego ukształtowania się poglądów na tę kwestyę, najprawdopodobniej była to t. zw. postać różyczkowa cierpienia (la forme rubéolique). Takiego samego zdania jest obecnie również prof. Hutinel. Co się tyczy erythema scarlatiniforme, to przeciw niemu przemawia obecność potów i objawów nerwowych. Płonicę wyklucza brak objawów zajęcia gardzieli w okresie początkowym oraz brak typowych powikłań w przebiegu dalszym cierpienia. Leczenie cierpienia jest wyczekujące, wzgl. objawowe (przeważnie uwzględniające objawy nerwowe). Co się tyczy środków zapobiegania szerzeniu się cierpienia,

należy zauważyć, że izolacya osobnicza nic tu nie daje, dróg szerzenia się choroby bowiem dotąd wcale nie znamy.

W zakończeniu przemówienia prelegent zaznacza, że, mając na względzie egzotyczność będącego w mowie cierpienia, powstrzymywał się bardzo długo z ogłoszeniem powyższych spostrzeżeń: podaje je dopiero obecnie do wiadomości ogólnej po dokładnem rozejrzeniu się w odnośnem piśmiennictwie i zestawieniu porównawczem tychże z materyałem, nagromadzonym przez innych autorów.

W dyskusyi:

Kol. J. Kramsztyk zaznacza, że, jak można sądzić z opisu, podanego przez prelegenta (sam bowiem osobiście ani razu będącego w mowie cierpienia nie spotykał), prosówka potna wykazuje pewne podobieństwo do erythema scarlatiniforme recidivans; z różyczką, jego zdaniem, nie ma ona nic wspólnego; najbardziej zaś, według niego, jest ona zbliżona do odry.

Kol. A. Koral zapytuje, czy było wykonane badanie bakteryologiczne zawartości pęcherzyków prosówki potnej w przypadkach prelegenta.

Kol. M. Kraushar nadmienia, że w lipcu r. b. spostrzegał dziecko 6-miesięczne, u którego wśród objawów ogólnych gorączkowych (t = 38.3 — 37.8) w trzecim dniu choroby wystąpiła na szyi, piersiach i kończynach — wysypka o typie wysypki płoniczej; trwała ona bardzo krótko — piątego bowiem dnia ciało było już zupełnie czyste; po upływie 3 dni wystąpiły na ciele pęcherzyki, przypominające pęcherzycę noworodków (pemphigus neonatorum); pęcherzykami tymi najobficiej usiana była skóra przedewszystkiem w okolicy lędźwiowej, następnie na rączkach i nóżkach; przez sierpień t^0 nie była podniesiona; łuszczenie się skóry było znaczne i długotrwałe, w obecnej chwili również trwa ono jeszcze; prawa nóżka jest obecnie obrzęknięta; pęcherzyki świeże natomiast teraz już nie występują Dziecko przez cały czas trwania choroby nie wykazywało żadnych patologicznych składników w moczu. Zdaniem mówcy, był to najprawdopobniej przypadek prosówki potnej.

Kol. M. Wolfson podkreśla, iż podczas epidemii płonicy w r. b. dość często spotykał postać prosówkową tego cierpienia u dzieci, najczęściej w wieku od roku do 3 lat; przypadki te odznaczały się łagodnym przebiegiem i kończyły się zawsze pomyślnie.

Kol. B. Korybut-Daszkiewicz zaznacza, że po tak wyczerpującej dyskusyi nie pozostaje nic do nadmienienia; mówca chce tylko poruszyć kwestyę wyłącznie lingwistyczną, a mianowicie kwestyę odróżniania różyczki od kuru — będącego, jego zdaniem, właściwym synonimem łacińskiej nazwy rubeola.

W zakończeniu dyskusyi prelegent, odpowiadając przedmówcom, zaznaczył, co następuje: kol. B. Korybut Daszkiewiczowi — że obie nazwy: kur i różyczka, jego zdaniem, mają zupełnie jednakowe prawo obywatelstwa, jako synonimy, oznaczające jedno i to samo cierpienie; kol. Koralowi — iż badanie

bakteryologiczne zawartości pęcherzyków prosówki potnej nie było robione w danych przypadkach (inni autorzy badali je bez wyników miarodajnych); w uzupełnieniu powyższego prelegent rozwija jeszcze bardziej podstawy różniczkowania prosówki potnej od innych cierpień wysypkowych.

Wreszcie, w końcu posiedzenia Przewodniczący pokazuje roentgenogram dziecka 4-miesięcznego, przybyłego z prowincyi, u którego wskutek wytworzenia się połączenia pomiędzy opłucną i oskrzelami, jako zejścia ropnego zapalenia opłucnej, wytworzył się ropniak opłucnej z odmą.

Przewodniczący *L. Anders.*

Sekretarz *S. Łyskawiński.*

Posiedzenie neurologów i psychiatrów.

dnia 20-go września 1913 roku.

L. Bregman. Pokaz przypadku kurczów torsyjnych u 12-letniego chłopca; do osobliwości przypadków należą: umiejscowienie kurczów głównie w prawej połowie ciała, przerwy w przebiegu, udział mięśni twarzy, myotoniczny odczyn przy badaniu prądem elektrycznym.

Z. Bychowski. Pokaz przypadku ograniczonego ropnego zapalenia opon miękkich u 11-letniego chłopca, zakończonego wyzdrowieniem po wykonaniu trepanacyi w okolicy ciemieniowej.

H. Higier. Pokaz przypadku wrzekomego nowotworu móżdżku u 10-letniego chłopca. *S. Ł.*

TOWARZYSTWO LEKARSKIE ŁÓDZKIE.

Posiedzenia ogólne.

dnia 24-go września 1913 roku.

H. Rozenblatówna. Odczyt p. t.: „O nowoczesnych poglądach na etyologię i seroterapię błonicy".

Dyskusya.

Posiedzenia pedyatrów.

dnia 19-go września 1913 roku.

Przewodniczący kol. Tomaszewski.

Kol. R. Stankiewicz przedstawia przypadek błonicy skóry: dotyczy on 3-miesięcznej dziewczynki, która od

dwu miesięcy cierpi na wyprysk sączący poza uszami, na szyi, w pachwinach i na pośladkach. Przed dwoma dniami matka zauważyła jakieś zgrubienia i błonki na szyi, poza uszami i na brzegach warg sromnych. W szpitalu stwierdzono w tych miejscach bakteryologicznie błonicę. Przypadek leczony był z wynikiem pomyślnym miejscowo (pędzlowanie) i ogólnie (podskórnie 2000 jednostek surowicy swoistej). Zasługuje on na uwagę ze względu na pierwotne umiejscowienie błonicy na skórze: ani klinicznie, ani bakteryologicznie nie stwierdzono jakichkolwiek zmian błoniczych ani w jamie nosowogardzielowej, ani w krtani.

Kol. A. Tomaszewski demonstruje przypadek złośliwego nowotworu (lymphosarcoma) migdała lewego i gardzieli u chłopca 12-letniego. Przypadek, leczony chirurgicznie (operacya drogą zewnętrzną z wycięciem migdała i na znacznej przestrzeni gardzieli rozrośniętych mas nowotworowych), jest na drodze ku zupełnemu zdrowieniu.

Kol. Rotwand przedstawia 4 przypadki pląsawicy, leczonej neosalwarsanem. We wszystkich przypadkach już wkrótce (3—4—7 dni) po jedno — względnie dwukrotnem zastosowaniu środka (śródmięśniowo 0,1—0,15) zauważono mniej lub więcej znaczną poprawę.

Sekretarz *M. Gromski.*

WYDZIAŁ LEKARSKI TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ NAUK W POZNANIU.

Posiedzenie z dnia 12-go września 1913 roku.

Pomorski: a) Pokaz chłopca, u którego z powodu mięsaka żuchwy rezekowano tę ostatnią, a następnie dokonano przeszczepienia VII żebra.

b) Pokaz preparatu wgłobionego jelita, uzyskanego operacyą u dziecka 2-letniego, które zachorowało wśród objawów nieżytu kiszek. *S. Ł.*

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA PEDYATRYCZNEGO POLSKIEGO.

(za ostatni kwartał r. 1913).

Gazeta Lekarska.

Nr 45. J. B ą c z k i e w i c z. Z kazuistyki intubacyi krtani u dzieci.

Autor podaje historyę i rozwój nauki o intubacyi krtani w chorobach krupowych dzieci, jak również wnioski, jakie liczni badacze na podstawie swych prac w tej dziedzinie wyprowadzają. Praca zawiera opis 10 przypadków chorych krupowych, u których autor stosował intubacyę przed 20 laty.

Nr 47 i 48. J. G o l d b e r g i O c z e s a l s k i. Przypadek wodowstrętu z zajęciem opon mózgowych.

13-letni chłopiec został pokąsany przez psa. Po dwu tygodniach wystąpiły u chłopca tego objawy zapalenia opon mózgowych bez typowych jednak objawów dla wodowstrętu. Chory zmarł, a rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: m e n i n g i t i s c e r e b r o s p i n a l i s a c u t a s e r o s a Przeprowadzone badanie histologiczne wykazało obraz m e n i n g o m y e l i t i s. Ciałek N e g r i'ego ani też „n o d u l e s r a b i q u e s" B a b e s'a nie stwierdzono (róg A m m o n'a i most V a r o l'a nie były badane). By ostatecznie ustalić rozpoznanie, zaszczepiono królikom zawiesinę rdzenia zmarłego chłopca: króliki zmarły śród objawów l y s s a e p a r a l y t i c a e. Praca niniejsza zasługuje ns szczególną uwagę, ponieważ jest pierwszą w piśmiennictwie, w której stwierdzono klinicznie — objawy zapalenia surowiczego opon mózgowych i anatomicznie — rozlane zapalenie opon mózgowo rdzeniowych w wodostręcie. Zwraca również uwagę krótki okres wylęgania choroby i brak wszystkich objawów, uważanych za charakterystyczne dla wodostrętu, a więc: bólu miejscowego, objawów pobudzeniowych i porażeniowych. *A. Gruszkiewicz.*

Nr 51. K. Dąbrowski. Dwa przypadki rozstrzeni żołądkowej u młodych chłopców.

Opis dwu przypadków rozstrzeni żołądkowej u 16 i 15-letniego chłopców. Ze względu na liczne przyczyny, jakie stan podobny wywołać mogą, autor nie jest w stanie orzec stanowczo, która w danych przypadkach spowodowała rozstrzeń żołądka.

A. Gruszkiewicz.

Medycyna i Kronika Lekarska.

Nr 38. Dr A. M. Z. W sprawie charakteru panującej epidemii płonicy w Warszawie. (Odcinek).

Szereg danych statystycznych ze szpitala św. Stanisława w Warszawie z r. 1913 i zestawienie ich z odpowiedniemi danemi z r. 1912. *A. Gruszkiewicz.*

Nr 39. Dr J. Zawadzki. Płonica w Warszawie. (Odcinek).

Praca niniejsza zawiera zestawienie odpowiedzi na kwestyonaryusz, rozesłany do szpitali oraz do lekarzy, praktykujących na na mieście, — do streszczenia nie nadaje się.

A. Gruszkiewicz.

Nr 40. Dr J. Zawadzki. W sprawie płonicy w Warszawie. (Odcinek).

Zwracając uwagę na nasilenie płonicy w Warszawie, autor podaje cały szereg sposobów, mających na celu zmniejszenie liczby zachorzeń, a więc: przyłączenie pod względam sanitarnym przedmieść i zastosowanie tam takich samych środków zaradczych, jak i w mieście; zapewnienie dostatecznej ilości miejsc dla chorych płoniczych w szpitalach dla chorób zakaźnych; urządzanie domów izolacyjnych dla rodzin chorych zakaźnych i dezynfekcya lokali publicznych, zakaz przewożenia chorych dorożkami i wogóle wehikułami publicznymi. *A. Gruszkiewicz.*

Nr 41. Matylda Biehler. Kilka słów o szczepieniu przeciwpłoniczem.

Autorka przytacza wyniki, otrzymane przez cały szereg autorów po stosowaniu szczepionki przeciwpłoniczej. Opierając się na tych pracach, a w szczególności na spostrzeżeniach H. Czarkowskiego i M. Roszkowskiego, jak również na podstawie własnych obserwacyi w 28 przypadkach (z tych tylko 2 dzieci po dwukrotnem szczepieniu zachorowało na płonicę), dochodzi autorka do wniosku, że, jakkolwiek w sprawie szczepień przeciwpłoniczych ostatniego słowa wyrzec jeszcze nie można, to wyniki dotychczasowe zachęcają do dalszych badań. *A. Gruszkiewicz.*

Nr Nr 44 i 45. Matylda Biehler. Nowy szpital im. Karola i Maryi dla dzieci. Opis szpitala i jego urządzeń.

Nr 47. Hieronim Czarkowski. O stosowaniu szczepionki przeciw płonicy. Patrz stresz. Nr 11 Zdrowia. *A. Gruszkiewicz.*

Nr 47. Jan Krukowski. W sprawie szczepionek przeciwpłoniczych podług Gabryczewskiego.

Autor poddał szczepieniu ochronnemu 100 dzieci w wieku 8—10 l. podczas epidemii płonicy w Starej Sieniawie na Podolu. W 20% występował silny odczyn po szczepieniu, jak to: zaczerwienienie oraz obrzmienie bolesne w miejscu ukłucia, zaczerwienienie skóry, podobne do wysypki płoniczej, podwyższenie ciepłoty, ogólne osłabienie, nieżyt gardzieli, rzadziej spojówek. W jednym przypadku wystąpił nawet obraz płonicy: wymioty, gorączka, wysypka, angina lacunaris, — objawy, które ustąpiły po 3-ch dniach bez łuszczenia skóry (autor uważa je też nie za objaw płonicy, lecz za silny odczyn). Z tych 100 dzieci ani jedno nie zachorowało. Również dalsze doświadczenia przekonały autora o dodatnim wpływie szczepień na przebieg płonicy. Ludność zachowuje się wobec szczepień dosyć życzliwie. *A. Gruszkiewicz.*

Zdrowie.

Nr 11. Dr Hieronim Czarkowski. O stosowaniu szczepionki przeciwko szkarlatynie w celach zapobiegawczych.

Autor stosował szczepionkę, przygotowaną według Gabryczewskiego z pracowni d-ra Palmirskiego w Warszawie. Szczepienie dokonywane było 3-krotnie w przeciągu 7—10 dni, co 2—3 dni każde, w ilości 0.05 dla dzieci do 1-go roku, a od 0.1 do 0.3 dla dzieci starszych i osób dorosłych. Wstrzykiwał autor szczepionkę w skórę ramienia. Szczepienia dokonano u 250 osób, a zaregestrowanych i zbadanych wszechstronnie ze szczególną uwagą na nerki było 201 przypadków (u osobników od 4 miesięcy do 60 lat, lecz najwięcej w wieku 6—10 l.); z tych nie zachorowało na płonicę 189 osób, a więc przeszło 92%. Na mocy swych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że szczepionkę wspomnianą należy uważać w małych dawkach za nieszkodliwą, natomiast zapobiegającą, o ile wcześniej została zastosowana, rozwojowi przypadłości horobowych; wreszcie, za łagodzącą przebieg już istniejącego zakażenia płoniczego lub w razie szczepienia w okresie wylęgania choroby. *A. Gruszkiewicz.*

Lekarz Wileński.

Nr Nr 11 i 12. K. Zaleska. O t. zw. odczynie Ehrlicha w płonicy.

Autorka komunikuje wyniki badań własnych nad wartością próby paradimetylamidobenzaldehydowej w szpitalu miejskim w Wilnie. Na mocy tych wyników przyznaje jej istotną wartość nie tylko pod względem rozpoznawczym, lecz i pod względem prognostycznym.

S. Ł.

Przegląd Lekarski.

Nr Nr 50 i 51. J. Rothfeld. O otłuszczeniu według typu Fröhlich'a (dystrophia adiposo-genitalis) w przebiegu wodogłowia przewlekłego i padaczki.

Zwróciwszy uwagę przedewszystkiem na istnienie ścisłego związku etyologicznego pomiędzy będącem w mowie cierpieniem a zmianami w przysadce mózgowej, a następnie, omówiwszy różnorodną etyologię zaburzeń czynności tego ostatniego narządu, autor przytacza opis 9 przypadków otłuszczenia typu Fröhlich'a a) w przebiegu wodogłowia przewlekłego, b) w przebiegu padaczki z wodogłowiem, c) w przebiegu padaczki bez wodogłowia.

A. Gruszkiewicz.

Lwowski Tygodnik Lekarski.

Nr 39. S. Progulski. O nowym środku ochronnym Behring'a przeciw błonicy.

Streszczenie zbiorowe. *S. Ł.*

Nr Nr 44—52. S. Czarnik. O nowszych urządzeniach w szpitalach dla dzieci.

Spostrzeżenia i uwagi, dotyczące prowadzenia i urządzeń szpitali dziecięcych zagranicznych, uzupełnione wynikami doświadczenia osobistego w tym kierunku, oraz opis sposobu urządzenia szpitala Św. Zofii we Lwowie po wprowadzeniu różnych zmian i ulepszeń. *S. Ł.*

WIADOMOŚCI LECZNICZE I WIADOMOŚCI DROBNE.

—— Maclennan i Mc Nee spostrzegali u 7-letniej dziewczynki przypadek paciorkowcowego zapalenia otrzewnej oraz ciężkiej posocznicy, który zakończył się zupełnem wyzdrowieniem po wykonaniu laparotomii z następczem drenowaniem jamy brzusznej i otwarciem zatoki odbytniczo-macicznej (cavum Douglasi). (Br. Journal of. child. Dis. Nr VI, 1913).

M. E.

—— Glanvill Corney opisuje pół roku trwającą epidemię odry na wyspie Rotunia (w bliskości archipelagu Tyi), która rozpoczęła się po przybyciu na wyspę dziecka, dotkniętego tem cierpieniem. U ludności tej, nie znającej dotąd tego cierpienia, śmiertelność podniosła się w czasie epidemii z 37‰—246‰. Umierało najwięcej dzieci i osobników młodych—od 20 do 30 roku. Poza tem zwiększyła się znacznie liczba przypadków gruźlicy. (Ibidem).

M. E.

—— Rolleston spostrzegał u dziewczynki 6-letniej normalnie przebiegające zapalenie gardzieli pochodzenia paciorkowcowego, które zakończyło się nagle śmiercią wskutek kolosalnego krwotoku z gardła. Badanie pośmiertne wykryło liczne owrzodzenia w gardzieli; nie znaleziono jednak nadżerki w żadnem z większych naczyń krwionośnych. (Br. Journal of child. Dis. Nr II, 1913).

M. E.

—— Hichens ostrzega ponad zbyt szybkiem gojeniem rozległych moknących wyprysków u dzieci, gdyż z pośród 28-rga leczonych w ten sposób dzieci sześcioro zmarło w ciągu kilku dni z przyczyn nie wyjaśnionych. (Br. Journal of child. Dis. Nr 117, 1913).

M. E.

—— Rolleston spostrzegał 2 przypadki błonicy przełyku, towarzyszące ciężkim zmianom błoniczym w gardzieli i krtani.

M. E.

—— Withelocke operował z dobrym skutkiem w uśpieniu 2 ciężkie przypadki uwięźniętej przepukliny: jeden – u osesk a

22-dniowego, drugi — u oseska 17-dniowego. W pierwszym przypadku znalazł w przepuklinie jajnik z przydatkami oraz pętlę kiszkową, w drugim—kątnicę z wyrostkiem robaczkowym. (Br. Journal of child. Dis. sierpień, 1913). *M. E.*

Greig M. spostrzegał w 3 pokoleniach: u babki, matki i u dwojga dzieci tej ostatniej — stały lewostronny kręcz mięśniowy szyi (torticollis). (Ibidem). *M. E.*

M. E. *Lesné* w Bull. de la soc. de Paris (r. 1913, str. 491) podaje przypadek *ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego* u 10-letniego dziecka w przebiegu ospy wietrznej, w zupełności potwierdzonego przez następczą operacyę. Analogiczny drugi przypadek spostrzegał autor u 5-io letniego dziecka. (Berl. kl. Wochenschr. 1914). *R. S.*

R. *Deumann* zaleca *w ospie naturalnej* śródżylne, ewent. śródmięśniowe stosowanie *elektrargolu*. W 150 przypadkach przeważnie ciężkiej ospy (*variola confluens et haemorrhagica*), leczonych przezeń przy pomocy *elektrargolu*, wyniki były bardzo dobre: rozwój wsteczny wysypki następował szybko, powikłania były rzadkie; śmiertelność wynosiła 10%, wówczas gdy w przypadkach z takiem samem nasileniem cierpienia, leczonych bez elektrargolu, śmiertelność wynosiła 50%. Leczenie należy rozpoczynać wcześnie, stosując przez 3—4 dni z rzędu po 20,0 elektrargolu (najlepiej śródżylnie). (The Brit. med. Journ. 1913). *S. Ł.*

W przypadkach *wrzodziejącego zapalenia gardzieli* (*angina Vincentii*) w szpitalu im. *Karola i Maryi* dla dzieci stosowany bywa z bardzo dobrymi wynikami *neosalvarsan**) w postaci pędzlowania (1—2 razy dziennie); pod wpływem działania tego środka już po kilku pędzlowaniach następuje szybkie znikanie nalotów, zmniejszanie się obrzęku gruczołów, o ile miał miejsce, i poprawa stanu ogólnego; środek ten zaczęto stosować również u chorych płoniczych, przytem nie tylko w celu leczniczym — w przypadkach z rozległemi nekrotycznemi zmianami w gardzieli, lecz także i w celu zapobiegawczym— przeciw powikłaniom ze strony gruczołów i uszu. *S. Ł.*

S. C. *Beck* i M. *Mohr* w Derm. Wochenschr. (r. 1913; tom 57, Nr 47) zwracają uwagę na częstą obecność *tarczy zastoinowej w kile wrodzonej* u oseskow. Tarcza zastoinowa jest to jedyny stały objaw wrodzonej kiły u osesków. Wobec tego w przypadkach wątpliwych niezbędne jest badanie dna oka. (Berl. klin. Wochenschr. Nr 1, r. 1914). *R. S.*

Dr *Baillon* w przebiegu ostrych chorób zakaźnyc stosował metodę „*autoseroterapii*”, wstrzykująch chorym podskórnie wysięk, otrzymany od tychże chorych za pomocą pry-

---

*) W tym celu należy 0,15 neosalvarsanu rozpuścić w 5 gr. gliceryny.

szczydła. Sposób ten polega na tem, że w początku choroby zakaźnej u chorego stosuje się pryszczydło; po utworzeniu się zaś pęcherza z zawartością płynną, płyn, otrzymany aseptycznie, zastrzykuje się podskórnie choremu. Dzięki temu w ustroju wytwarzają się w dużej ilości niweczniki swoiste, niszczące toksyny, i w ten sposób odbywa się uodpornienie ustroju przeciw zarazkowi danego zakażenia. Jeżeli jednorazowe zastosowanie wysięku jest niedostateczne, można je powtórzyć po upływie kilku dni. Wyżej podana metoda „autoseroterapii" może być stosowana w przebiegu wszystkich ostrych chorób zakaźnych. Autor otrzymał bardzo dobre wyniki w przebiegu duru brzusznego, grypy, ostrego gośćca stawowego, zapalenia płuc i w kilku przypadkach gorączkowych chorób nieokreślonego bliżej pochodzenia. Stosowanie będącej w mowie metody leczniczej, zdaniem autora, daje wyniki bardzo pomyślne, nie wywołując jakichkolwiek objawów niepożądanych. (Terapewticzeskoje obozrenje, Nr 17, r. 1913). *R. S.*

═══ Ch. Nicolle i A. Conor w Comptes rend. de l'acad. des sciences (r. 1913, Nr 24) komunikują o dziękczynnym wpływie szczepionek, przygotowanych z żywych hodowli lasecznika Bordet'a, na przebieg krztuśca. (Berl. klin. Wochenschr. Nr 1, r. 1914). *R. S.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

═══ Panująca od dłuższego już czasu w naszem mieście epidemia płonicy w ostatnich miesiącach słabnie; jak się bowiem okazuje z danych urzędowych, w okresie czasu od 15 grudnia r. z. do 15 stycznia r. b. w Warszawie zanotowano 267 zachorzeń z odsetką śmiertelności, wynoszącą 19% (51 zejście śmiertelne). *S. Ł.*

═══ Do szpitala im. „K a r o l a i M a r y i" dla dzieci w okresie czasu od 30. XI r. 1913 do 21. II r. 1914 przyjęto ogółem 80 chorych, dotkniętych cierpieniami zakaźnemi, a mianowicie: 35—płonicą, 1—odrą, 17—błonicą gardła i krtani, 1—czerwonką, 9—durem brzusznym, 4—zapaleniem płuc, 5—gruźlicą płuc, 6—zapaleniem gruźliczem opon mózgowych, 1—krztuścem i 1—tężcem przyrannym.

W tym czasie zmarło 6 dzieci: 2 z powodu płonicy, 1—dławca krtani, 1—gruźlicy płuc, 2—gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

W ambulatoryum szpitalnem przyjęto w tym samym czasie 65-ro chorych dzieci z cierpieniami zakaźnemi, a mianowicie: 7—płonicą, 25—odrą, 4—ospą wietrzną, 1—ospą naturalną i 28—krztuścem. *S. Ł.*

═══ Z okazyi odbyć się mającego w dniu 31 maja i 1 czerwca r. b. (Zielone Świątki) w Lublinie II-giego Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, Komitet Organizacyjny Zjazdu nadesłał do Redakcyi „Przeglądu Pedyatrycznego" następującą odezwę, zapraszającą do wzięcia udziału w pracach Zjazdu:

Pozbawieni pomocy, jaką gdzieindziej dają wyższe uczelnie i instytucye naukowe, we własnej tylko inicyatywie, zrzeszaniu się, skupianiu sił i wymianie myśli znaleźć możemy podnietę do doskonalenia się i uzupełniania swej wiedzy oraz należytego spełniania obowiązków swych względem kraju i społeczeństwa.

Liczny i gorący udział lekarzy w I-ym Zjeździe w Łodzi, ilość i powaga wygłoszonych na nim odczytów dowiodły najlepiej, że ogół lekarzy zdaje sobie sprawę ze znaczenia zjazdów i wpływu, jaki one wywrzeć mogą na podniesienie poziomu wiedzy wśród lekarzy prowincyonalnych. Żywimy przeto nadzieję, że i 2-gi Zjazd skupi w Lublinie w imię wspólnej pracy liczne grono Kolegów i stanie się nowem promieniotwórczem ogniskiem naszej wiedzy.

Uwzględniając przedewszystkiem to, co dla lekarza praktyka największe ma znaczenie, Komitet Organizacyjny w wyborze głównego tematu Zjazdu kierował się pragnieniem wyjaśnienia nader ważnej dla każdego lekarza-praktyka sprawy rozpoznawania szeregu stanów gorączkowych o ukrytem pochodzeniu, które obecnie dzięki postępom nauk lekarskich i zastowaniu ścisłych metod badania straciły już „ukryty” charakter i mogą być leczone przyczynowo.

„Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem (t. zw. kryptogenetycznych)” obrano zatem jako temat główny Zjazdu z zakresu medycyny praktycznej. Wstęp i ogólny zarys tego tematu przedstawi dr Władysław Biegański (z Częstochowy); część kliniczna zaś opracowana będzie w poszczególnych działach przez następujących kolegów:

Dr Seweryn Sterling (Łódź) mówić będzie: „Kiedy wolno uważać gorączkę za objaw skrytej gruźlicy płuc”.

Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa)—opracuje: „Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruczołowego i migdałkowego”.

Dr Ignacy Watten (Łódź)—„Stany zapalne wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki”.

Dr Kazim. Rogoziński (Lublin): „Zakażenia dróg moczowych” i

Dr Czesław Czerwiński (Lublin): „Cierpienia narządów rodnych kobiecych”.

Poza tym tematem głównym Komitet uważa za nader pożądane prace i przyczynki z zakresu serodyagnostyki, sero- i wakcynoterapii — wskazania do leczenia klimatycznego z uwzględnieniem szczególnem zdrojowisk polskich, — leczenie dyetetyczne i przyrodolecznictwo.

Z dziedziny społeczno-lekarskiej obrał Komitet temat: „O zadaniach lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach” — temat ten przyrzekł opracować dr Adam Jarosiński ze Sterdyni; nadto poruszone będą żywotne sprawy uzupełnienia braków wykształcenia lekarzy prowincyonalnych, organizacyi wzajemnych ubezpieczeń lekarzy, wpływu lekarza na fizyczne wychowanie młodzieży i t. p., projektowane jest także opracowanie kodeksu deontologii lekarskiej.

Przytaczając tematy powyższe, jako pożądane, Komitet ma na celu zogniskowanie obrad Zjazdu na sprawach najbardziej żywotnych — niezależnie wszakże od tego Komitet zaprasza Szanownych Kolegów do wzięcia czynnego udziału w Zjeździe przez opracowanie dowolnego tematu, każda bowiem praca przyczyni się niezawodnie do rozszerzenia wiedzy lekarskiej lub rzuci promień światła na stanowisko i działalność społeczną lekarza.

Przewodniczący w Komitecie *Stanisław Dobrucki.*

Sekretarz *Wacław Jasiński.*

Życzący sobie wziąć udział w Zjeździe zgłoszenia swe kierują bądź do podkomitetów organizacyjnych, bądź też wprost do Skarbnika Zjazdu (dr J. Kiełczewski, Lublin, Szpitalna 5).

Każdy członek Zjazdu płaci składki rb. 10, osoba towarzysząca płaci rubli 3.

Każdy członek Zjazdu powinien wcześniej zamówić sobie mieszkanie, zwracając się do Komiteta gospodarczego (dr A. Brzeziński, Lublin, Krakowskie-Przedmieście 49).

Życzący sobie wygłosić odczyt na posiedzeniach Zjazdu tematy zgłaszać zechcą przed dniem 1 kwietnia 1914 roku do Sekretarza Zjazdu (dr W. Jasiński, Lublin, Krakowskie-Przedm. 46).

Prelegenci muszą przed dniem 1-m kwietnia nadesłać również na ręce Sekretarza Zjazdu krótkie streszczenie swych odczytów (dla przesłania władzy na miesiąc przed otwarciem Zjazdu).

═══ Bezczynność zarządu miejskiego w sprawie walki z ospą zmusza Towarzystwo lekarskie łódzkie do uciekania się do wszelkich środków, mających na celu pobudzenie ludności naszego miasta do zabezpieczenia siebie i swoich przed straszną chorobą.

Jednym z takich środków jest poniższa odezwa, która została rozesłana do akuszerek w Łodzi; przytaczamy ją w dosłownem brzmieniu:

Jedna z najstraszniejszych plag rodzaju ludzkiego, ospa, która przed laty tyle zabierała ofiar, dzięki odkryciu dobroczyńcy ludzkości, lekarza angielskiego, Jennera, przestała być groźną na świecie całym, wyjątek stanowi Łódź, gdzie choroba ta podawnemu trapi dziatwę, a nawet dorosłych, szczególnie z pośród mniej dbałej o swe zdrowie ludności uboższej naszego miasta.

W Łodzi umiera corocznie od paru do kilku a nawet kilkunastu setek osób na ospę, zapada zaś na tę straszną chorobę od półtora do 10 - 12 tysięcy, jak to było w r. 1911, kiedy na ospę umarło w Łodzi 1308 osób.

Tymczasem od każdego z nas zależy, byśmy zarówno siebie samych, jak najbliższych naszych zabiezpieczyli od tego strasznego niebezpieczeństwa, jakiem jest zapadnięcie na ospę. W tym celu wystarczy poddać siebie i swoich szczepieniu ochronnemu. Zapobiega ono w większości wypadków zachorowaniu na ospę, a ponawiane trzykrotnie co lat siedm jest w stanie zabezpieczyć bezwzględnie człowieka od śmierci wskutek ospy.

Powyższe wyjaśnienia zechcą WPanie zużytkować w celu przekonania rodzin noworodków o ważności szczepienia ospy ochronnej. Przytoczyliśmy je, chcąc przypomnieć WPaniom Akuszerkom i zwrócić ich uwagę na obowiązek zawodowy, ciążący na nich i polegający na uświadamianiu rodziców niemowląt o znaczeniu i wpływie dodatnim szczepień ochronnych, które można i należy wykonywać u dzieci już w 6—8 tygodniach ich życia.

Na Was, PP. Akuszerki, ciąży obowiązek, od którego nie powinnyście się uchylać, przekonywania rodziców a przedewszystkiem matek, że maj nie jest jedynym miesiącem w roku, przeznaczonym

do szczepienia ospy, że szczepić można i należy rok cały, bo ospa, szczególniej w Łodzi, rok cały panuje, rok cały ludzie na ospę zapadają, rok cały umierają! Akuszerki winny wytłumaczyć każdej matce, że dziecko, któremu ospa przyjęła się należycie, rzadko bardzo zapada na tę chorobę w ciągu pierwszych lat 6—7, oraz że nie było jeszcze wypadku, by dziecko takie w tym okresie czasu umarło na ospę. Ponowne szczepienia, dokonywane dwukrotnie co lat siedm, zabezpieczają na życie całe; tem się tłumaczy fakt, że ospa stanowi taką rzadkość w Niemczech, gdzie istnieje przymusowe szczepienie ospy ochronnej.

Ospę szczepią bezpłatnie w kancelaryach cyrkułów policyjnych, w Ambulatoryum Chrześcijańskiego Tow. Dobroczynności przy ul. Dzielnej Nr 52, w Ambulatoryum szpitala Poznańskich przy ul. Targowej Nr 1, w Ambulatoryum szpitala Anny-Maryi dla dzieci, w Ambulatoryum na Bałutach; za wynagrodzeniem szczepią w lecznicach, szczepią lekarze, felczerzy, akuszerki. Szczepienie nie jest i nie może być niebezpieczne dla nikogo; zaniedbanie szczepienia naraża na wielkie niebezpieczeństwo zarówno samego nieszczepionego, jak i jego otoczenie.

O wszystkiem tem niech WWPanie objaśniają rodziców noworodków dla zdrowia i dobra mieszkańców Łodzi i całego kraju, ospa bowiem przez otoczenie każdego chorego może być rozniesiona po okolicy.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

═══ Komitet Stowarzyszenia Międzynarodowego Pedyatrów powierzył dr. J. Brudzińskiemu opracowanie referatu głównego p. t.: „Zapobieganie chorobom zakaźnym w związku z budową nowych szpitali" na Zjazd międzynarodowy pedyatrów w Bruksellі w r. 1915. (Gaz. lek.).

═══ W terminie 13-go—14-go kwietnia r. b. odbędzie się w Berlinie (Langenbeck-Hans) XIII Zjazd niemieckich ortopedystów. Temat główny obrad Zjazdu stanowi: „Leczenie operacyjne zapalenia kręgów". Referentami będą: Albee (New-York) —W sprawie plastyki kostnej w zapaleniu kręgów; Biesalski — W kwestyi przeszczepiania ścięgien; Gocht —W sprawie techniki leczniczego zniesienia stawów (arthrodesis); Schulthess — W sprawie teoretycznych podstaw i praktycznej wartości metody Abbot'a; Wilms — O operacyjnem leczeniu stopy płaskiej. *S. Ł.*

═══ Pierwszy kongres pedyatrów hiszpańskich odbędzie się w Palmie w terminie 12—18 kwietnia r. b. Porządek dzienny Zjazdu przewiduje 4 tematy główne: 1) ochrona dzieci; 2) medycyna dziecięca; 3) chirurgia wieku dziecięcego; 4) hygiena szkolna. Prócz tego zapowiedziane są odczyty z różnych innych dziedzin, dotyczących rozwoju dziecka. Prezesem Zjazdu jest dr A. M. Vargas z Barcelony, sekretarzem — dr A. Alorda.

S. Ł.

═══ Najbliższy kurs uzupełniający dla lekarzy z zakresu fizyologii, patologii i hygieny wieku niemowlęcego oraz opieki nad niemowlętami i odbędzie się w terminie od 15 do 27 czerwca r. b. pod kierunkiem prof. Schlossmann'a w uniwersyteckiej klinice chorób dziecięcych w Düsseldorfie. *S. Ł.*

═══ Międzynarodowy Zjazd dla talassoterapii odbędzie się w Cannes w terminie od 15 do 18 kwietnia r. b. pod przewodnictwem prof. d'Arsonval'a. Referaty na temat o „Helioterapii morskiej" wygłoszą między innymi: prof. Robin, prof. Broca, prof. Berthelot, dr A. Delille, dr Festal, dr d'Oelsnitz, dr Casse, dr Vidal, dr Claisse, dr Vallot. Szczegółów bliższych udzielają sekretarze Zjazdu: dr Cavasse i dr Mantoux w Cannes (Alpes Maritimes) oraz dr J. Brudziński w Warszawie.

S. Ł.

═══ Profesorem zwyczajnym przy katedrze chorób dziecięcych został mianowany dr J. Langer w Gracu.

Profesorami nadzwyczajnymi pedyatryi mianowani zostali:
we Wrocławiu — dr W. Aron,
w Lozannie — doc. Tailleux,
w Sztokholmie — dr J. Jandel. *S. Ł.*

═══ Dr Jan Bączkiewicz ofiarował 3000 rb. na urządzenie pracowni hygienicznej w nowobudującym się gmachu Towarzystwa hygienicznego oraz 200 rb. na nagrodę za najlepszą pracę polską z zakresu hygieny, ewent. terapii chorób dziecięcych.

═══ Dr M. Biehlerowa za pracę „O nadnerczach" otrzymała nagrodę z konkursu imienia ś. p. Edmunda Biernackiego.

Do zeszytu niniejszego dołącza się:
1) ogłoszenie: „Przetwory lecznicze Magistra H. Klawe".
2) „ „Arsoferrin-Tektolettes".